

ABEL RIBEIRO CHAVES

# ALGUNS CASOS ANORMAIS

DE

# SÍFILIS

*Tese apresentada à Faculdade  
de Medicina da Universidade  
de Coimbra.*



COIMBRA  
IMPRESA DA UNIVERSIDADE  
1923

N-19229

INSTITUTO  
de Farmacologia

Biblioteca Privativa

E. 4

T. 6

N.º 135

Coimbra

ANEXO I - CONTA DE BANCOS  
DEPOSITOS - 1950 - 1951  
ANEXO II - CONTA DE BANCOS

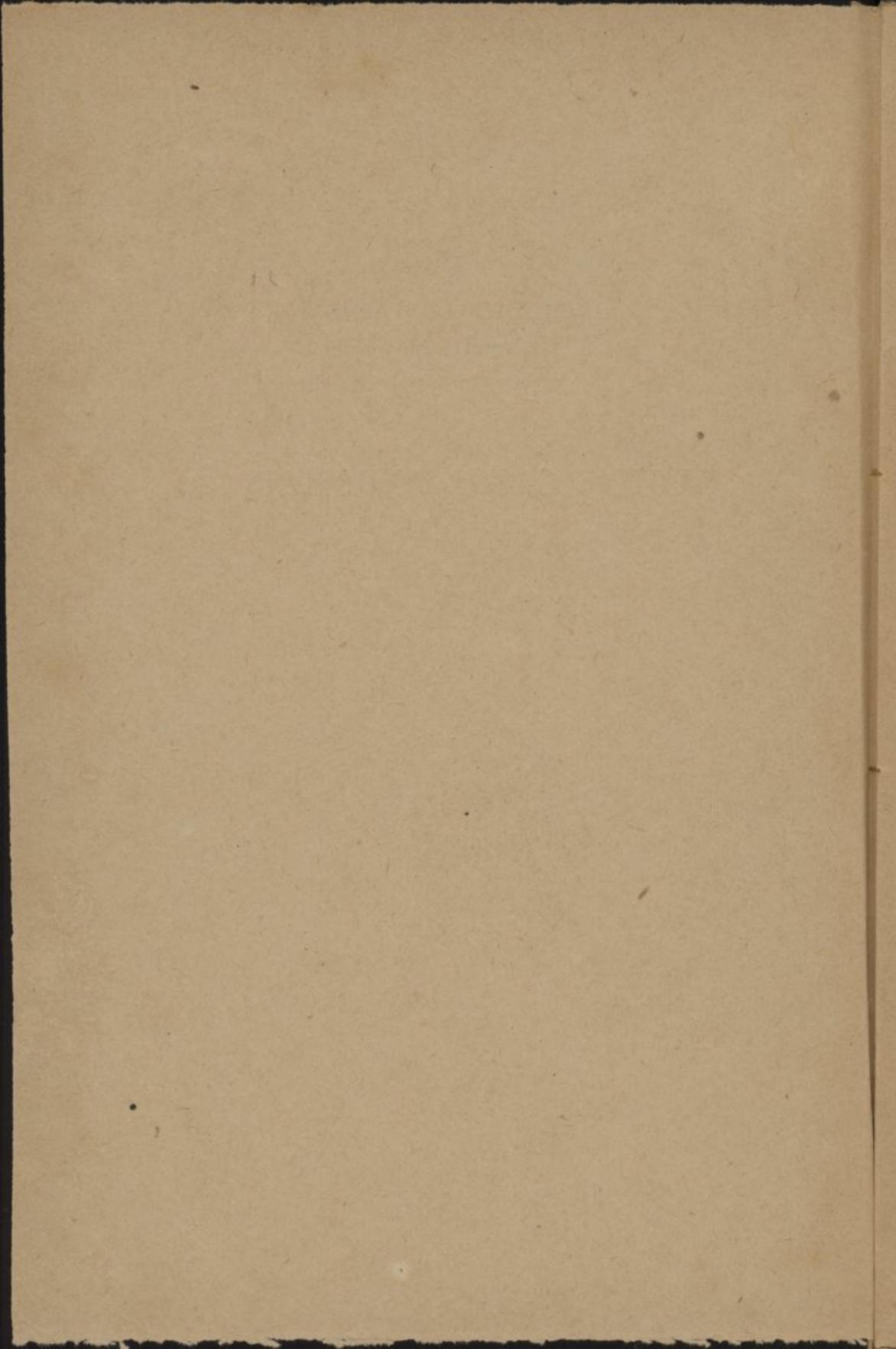
25

**OFERTA DA**  
INSTITUTO DE FARMACOLOGIA  
E TERAPÊUTICA EXPERIMENTAL  
FAC. DE MEDICINA — COIMBRA

**ALGUNS CASOS ANORMAIS**

DE

**SIFILIS**



ABEL RIBEIRO CHAVES

# ALGUNS CASOS ANORMAIS

DE

## SÍFILIS

*Tese apresentada à Faculdade  
de Medicina da Universidade  
de Coimbra.*



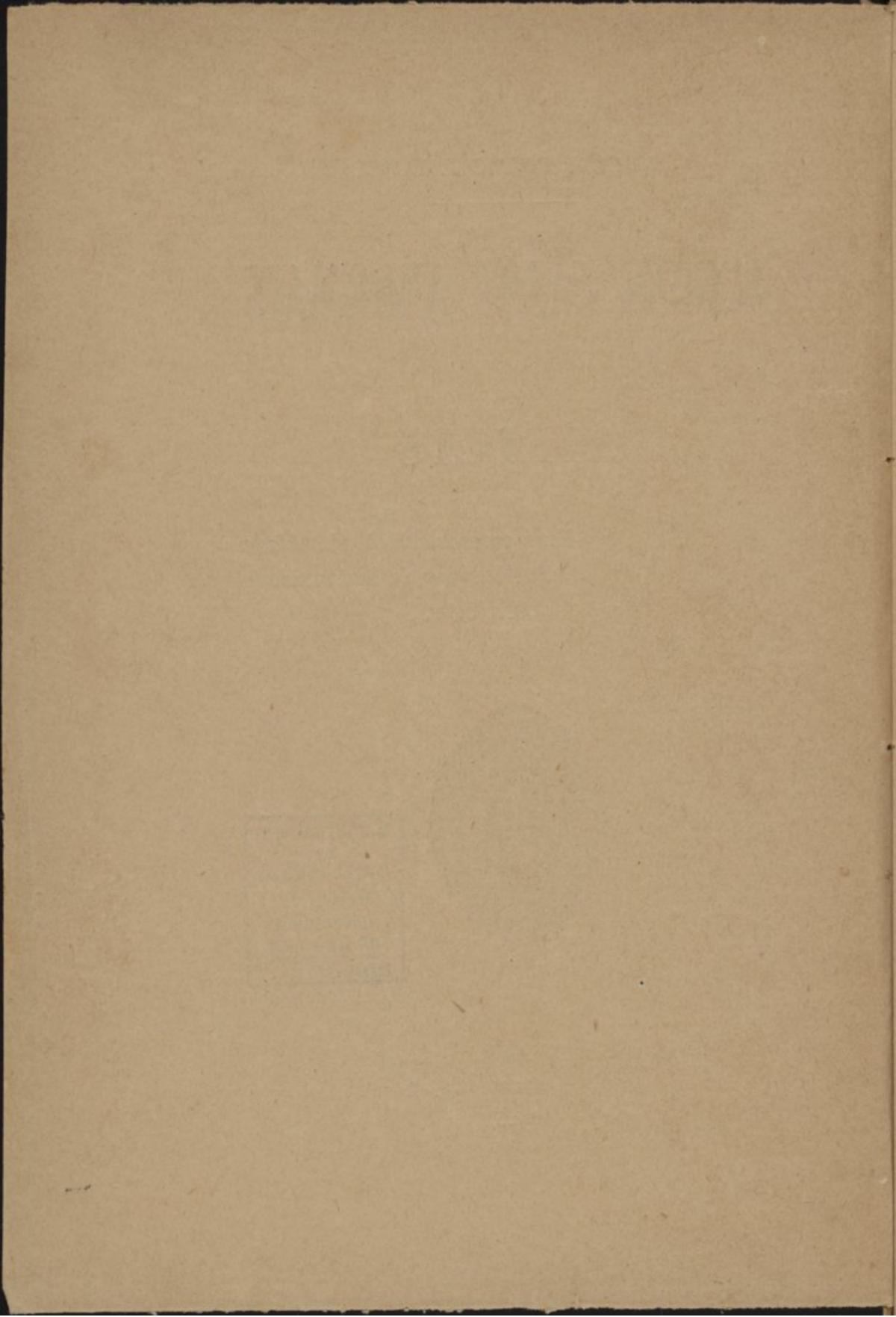
Departamento  
de  
Antropologia  
F. C. T.  
Universidade  
de Coimbra  
BIBLIOTECA

19229

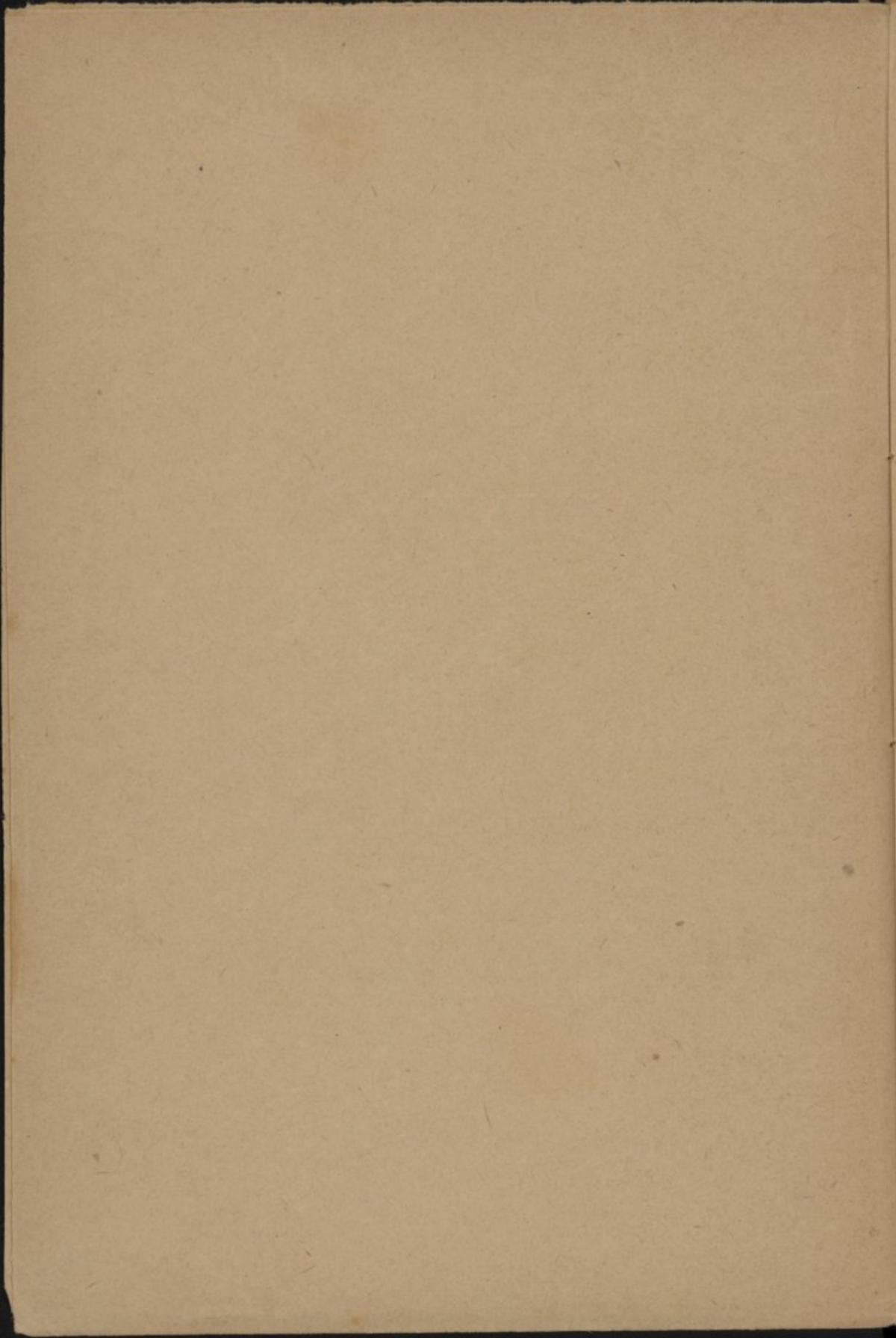
COIMBRA

IMPRESA DA UNIVERSIDADE

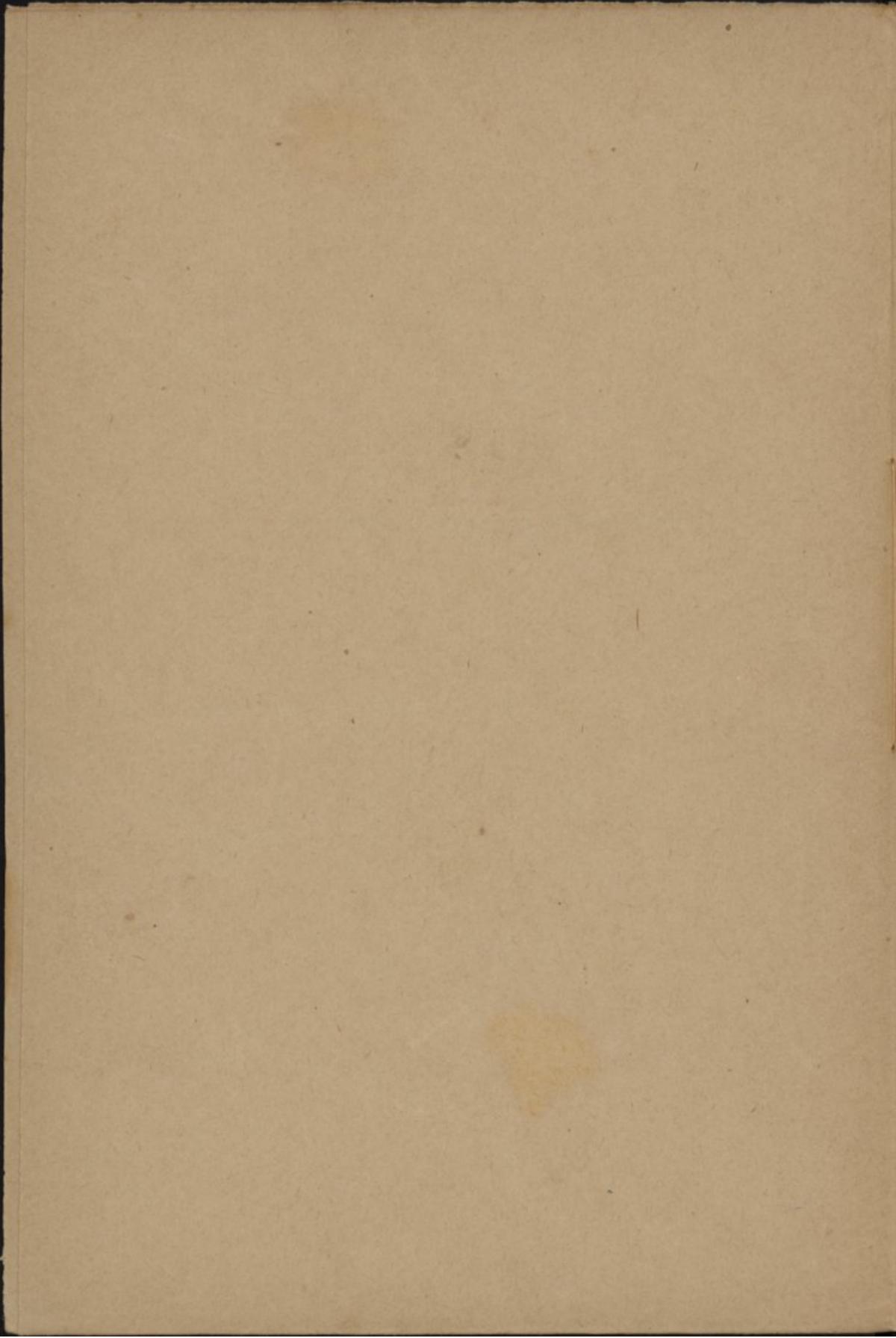
1923



A MINHA FAMÍLIA



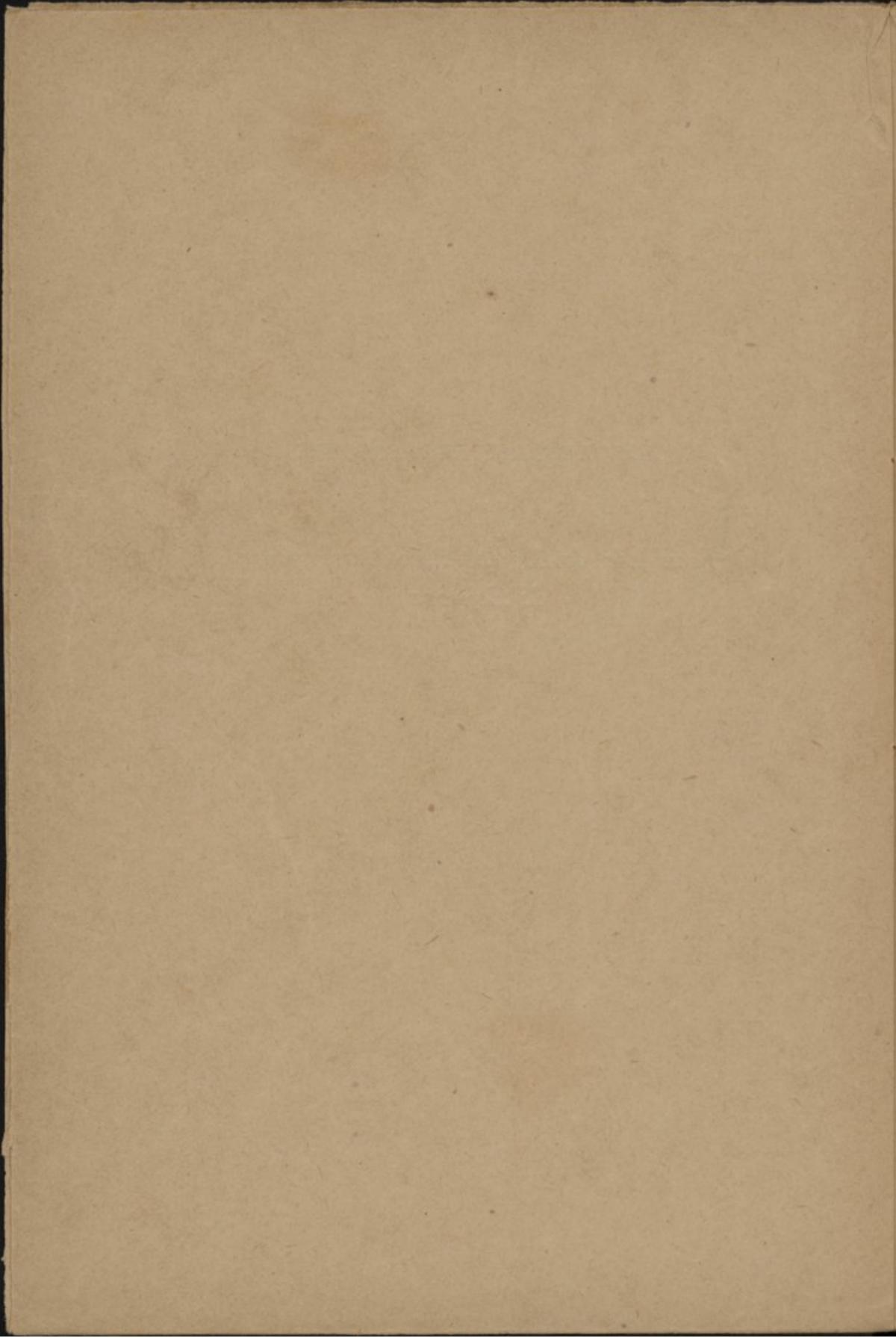
A TODOS OS MEUS AMIGOS



*AOS ILUSTRES PROFESSORES*

DA

*Faculdade de Medicina da Universidade  
de Coimbra*



## DUAS PALAVRAS

*Ao apresentar a minha tese de doutoramento na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, espero encontrar, no ilustrado Júri que há-de julgar este modesto trabalho, a máxima benevolência.*

*Nem de outra forma me atreveria a apresentá-lo.*

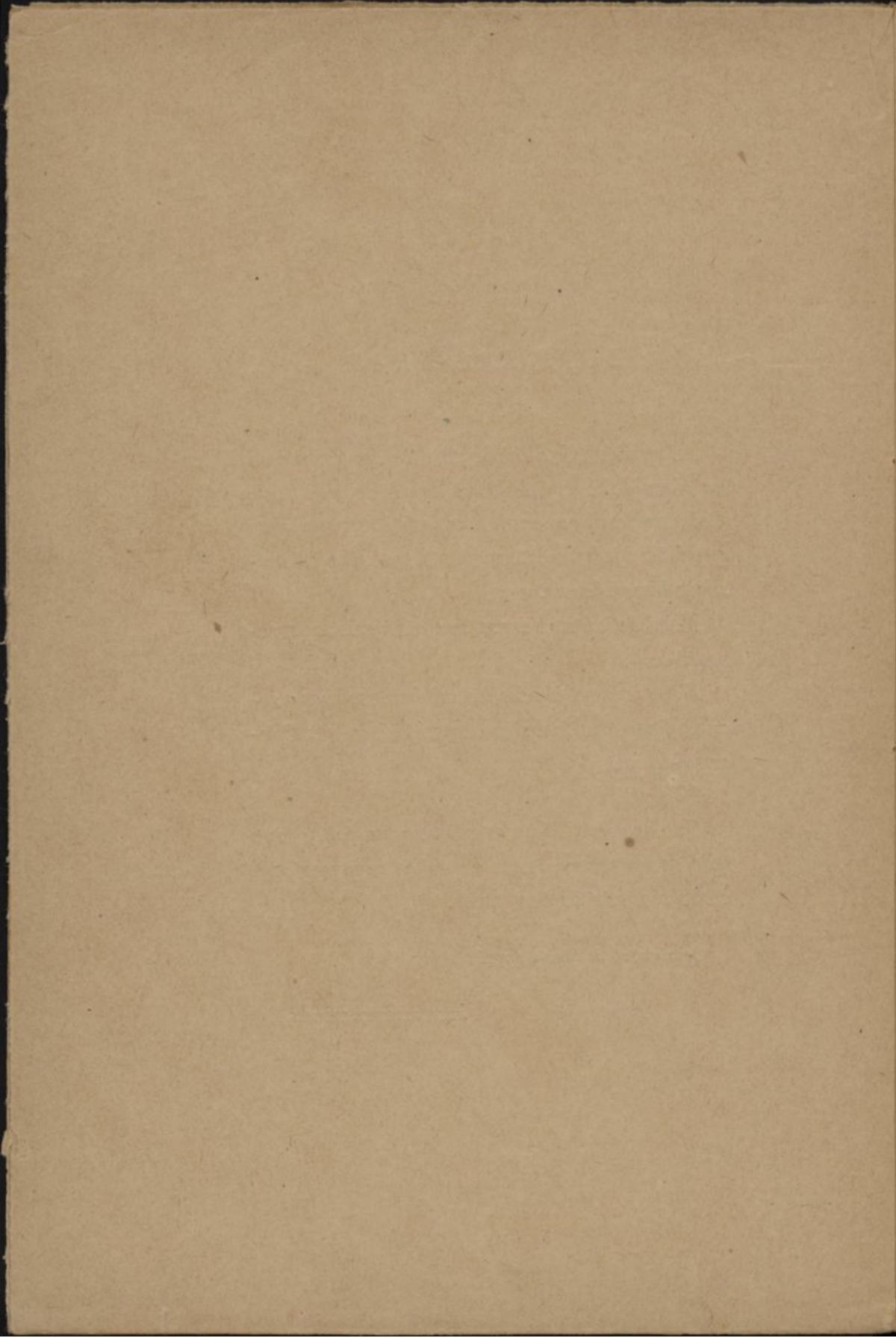
*Não dou novidades na minha tese mas procurei fazer um trabalho consciencioso. ¿ Consegui-lo ia?*

*Não sei.*

*Que os meus Mestres relevem as faltas que nele encontrarem, tendo em conta o meu esforço e boa vontade de bem fazer.*

*Coimbra, 26 de Maio de 1923.*

ABEL RIBEIRO CHAVES.



## INTRODUÇÃO

Muito se tem escrito e falado sôbre sifilografia, mas por ser um campo tão vasto o da patologia e sobretudo por a infecção sifilítica compreender uma enorme parte, e talvez a maior, dessa mesma patologia, pelas suas múltiplas formas de manifestação e cada dia mais novas, é que êste meu modesto trabalho, não pretendendo vir encher lacunas, vem, se me fôr possível, dar uma noção perfeita da importância capital para a Humanidade e para a Sciência, da descoberta, o mais prematuramente possível, dessas sífilis a que eu chamo *anormais*.

Fazer a história da infecção sifilítica e descrever as múltiplas fases por que passaram os meios de investigação desta afecção até ao ultramicroscópio; descrever a forma, as dimensões, etc., do espiroqueta descoberto por SCHAUDINN e HOFFMANN, parece-nos coisa desnecessária, e nem eu pretendo dar, aos

que me vão ler, Homens de Ciência, lições ou novidades.

A sífilis, ainda há bem pouco tempo, era uma doença que se encontrava quasi exclusivamente na classe abastada, na qual os individuos freqüentando todos os antros de depravação e vício com o intuito de gosar e passar a vida no ócio que a sua situação monetária lhes proporcionava mais se expunham à infecção, baixou hoje a tôdas as classes e poucos são os lares em que, infelizmente, ela não conte as suas vítimas.

Os costumes rudes mas sãos do nosso povo dos campos eram um baluarte que resistia com vantagem à propagação da infecção mas, agora, após e durante o período da guerra, nas classes baixas da população das cidades e dos grandes centros, a miséria e conseqüentemente a ambição e o prazer da vida fácil, levaram uma grande parte dessa população a prostituir-se, e com essa prostituição veio o assustador alastramento da avariose. Mas não ficou, como outrora, por aqui, a sífilis: transpôs as regiões montanhosas, invadiu os campos e foi mais longe e cada vez mais; é conhecido e observado por todos os médicos do país que, nas mais remotas aldeias, se encontram já, com relativa freqüência, individuos atingidos da terrível doença. Entre nós, mercê da guerra, os nossos soldados foram

talvez o mais importante factor da propagação da sífilis, e hoje é muito raro que o médico nas aldeias não tenha de ser obrigado a constatar que a avariose lavra já com grande intensidade, atingindo os indivíduos de ambos os sexos e ceifando algumas vidas nas crianças de tenra idade.

Muitas são as formas por que as mais das vezes a infecção sífilítica vem mascarada, e tão variadas elas são que não há órgão nem tecido que possamos dizer não seja atingido.

Por vezes apresenta-se de modos e formas tão completamente novas que constitui mero achado de autópsia.

A propósito vem lembrar-me o caso que GOUGEROT cita dum tísico e dum sífilítico que indo consultar o mesmo médico, o farmacêutico trocou as fórmulas, dando ao primeiro uma pomada mercurial e ao segundo um electuário. Passado tempo, e com grande espanto do médico, o tuberculoso que estava irremediavelmente perdido na sua opinião, achou-se completamente curado.

Aqui está como o acaso e como o engano, que poderia às vezes ter conseqüências graves, veio pôr o médico na pista e na posse do diagnóstico duma afecção de que êle nem talvez suspeitasse. Muitos são os casos que como êste nos trarão imensas surpresas.

P. REBIÈRRE conta o caso de um sargento

que, viajando em comboio, foi subitamente atacado de delírio de perseguição. Conduzido a um hospital, foi impossível fazer-lhe qualquer exame; passados dias melhorou e teve alta, mas acusando uma cefaleia pertinaz que se prolongava pela noite adiante. Feita uma R. W. no sangue, resultado nulo. A punção lombar não teve qualquer efeito sôbre a cefaleia.

Antes mesmo de se conhecer o resultado da análise do líquido céfalo-raquídeo administraram-lhe injeções de cianeto de mercúrio. Á segunda a cefaleia melhorou e á terceira desapareceu por completo.

Da análise do líquido céfalo-raquídeo resultou:

Albumina  $2 \frac{1}{2}$  divisões (albuminímetro de SICARD e CANTALOUBE);

Linfocitose abundante;

WASSERMANN positiva.

Estes dois casos que menciono, são bem a expressão de quão traidora é a infecção sifilítica e de quão variável é a sua sintomatologia clínica e que mesmo, às vezes, a própria reacção de WASSERMANN, no sangue, é insuficiente para nos esclarecer sôbre tão grave afecção.

Mas estes dois casos não são senão os primeiros de uma longa e numerosa série.

Há pouco tempo ainda tive ocasião de ver,

no consultório de um colega, um pequeno doente que apresentava como principal sintoma uma cefaleia pèrtinaz pela tardinha, prolongando-se pela noite adiante. O exame do doente revelou-nos a abóbada do palatino nitidamente em ogiva, dentes incisivos torcidos sôbre o seu eixo com o bordo livre serrilhado; o tórax, em quilha, tinha nitidamente os caracteres do raquitismo.

A criança foi sempre doente desde tenra idade, mas, pelo interrogatório dos pais, nada soubemos sôbre o seu nascimento.

Feito o diagnóstico provável de sífilis hereditária, inquirimos dos pais os seus antecedentes venéreos mas nada pudemos apurar, pois que êles foram sempre saúdáveis e nem mesmo o seu exame clinico nos levou a suspeitar antecedentes sifilíticos. Soubemos mais tarde que um tio da criança sofria duma doença mental e era portador de uma dilatação da aorta, o que nos levou a presumir, dada a freqüência da sífilis nestas lesões, que êle seria um sifilítico hereditário, dando assim razão à nossa suspeita de sífilis na criança.

Podia muito bem ser que os avós fôsem sifilíticos, que a infecção ficasse ignorada nos pais mercê da completa ausência de sintomatologia clinica, mas que transmitindo-se ao neto viesse apresentar o seu habitual modo de manifestação.

Não são raros os casos desta natureza relatados na literatura médica.

Sobre a sífilis hereditária, diz LEREDDE, existe uma hereditariedade de segunda geração e sem dúvida de terceira.

Se é difícil muitas vezes, diz o mesmo autor, descobrir a sífilis em qualquer indivíduo, em todos os casos mais difícil é excluir essa afecção, sobretudo na sua forma hereditária. Seja como fôr, o que é certo é que o nosso doente com o tratamento específico beneficiou e muito, pois que após algumas injeções de cianeto de mercúrio se sentiu completamente aliviado dos seus padecimentos.

## ALGUMAS PALAVRAS SOBRE O DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

A descoberta da sífilis exige paciência. Apesar-de ter uma sintomatologia própria bem caracterizada e dos meios actuais para a sua investigação laboratorial estarem bastante desenvolvidos, posto que não tenham ainda atingido a perfeição e segurança que era licito esperar, esta afecção foge-nos e escapa à nossa observação mais vezes do que seria nosso desejo.

Assim as modalidades que ela reveste, dando e simulando a sintomatologia das mais diversas afecções, deve pôr-nos de sobreaviso em qualquer circunstância, para que amanhã não tenhamos que lamentar e que nos arrepender de não termos pensado na sífilis.

São numerosos os casos em que os doentes se arrastam de consultório em consultório; são numerosos os casos em que os doentes são tratados das mais variadas doenças por-

que têm tido os mais variados diagnósticos, até que, um dia, um feliz acaso vem trazer luz e cessar de pronto todos os tormentos do infeliz pelo tratamento metódico e racional da sua verdadeira doença — *a sífilis*.

FOURNIER diz que a sífilis está bem longe de se traduzir sempre pelos sintomas que lhe são próprios, a não ser nas suas manifestações exteriores; quando afecta as vísceras não se revela senão por sintomas funcionais de ordem comum.

LEREDDE afirma que é preciso investigar a sífilis não só entre individuos que pertencem a uma família sífilítica, mas ainda em todo o individuo que apresente uma afecção crónica qualquer, um syndroma clínico ou anátomo-clínico.

É preciso investigá-la, diz o mesmo autor, tão freqüentemente quanto nós não sabemos duma forma exacta o que lhe pertence e o que lhe não pertence e quais os limites exactos do seu domínio.

A lista das afecções, cuja origem é a sífilis, comprehende hoje não só tôdas as afecções do sistema nervoso, incluindo as mentais, como tôdas aquelas do coração, vasos, estomago, aparelho locomotor, corpo tiróide, etc., excepção feita às devidas a uma ou outra infecção, intoxicação ou tumores malignos. Da mesma maneira uma cirrose alcoólica não é,

o mais das vezes, senão uma cirrose sífilítica favorecida pela intoxicação alcoólica, assim como psicoses alcoólicas são freqüentes entre indivíduos cuja reacção serológica é positiva (NOGUCHI; AUG. MARIE).

Emfim, os pseudo cancros devidos ao treponema, por exemplo, os do estomago, neoplasmas sífilíticos curáveis, fazem crer que em todos os casos de tumores malignos é preciso investigar a infecção, pois que, às vezes, estas neoplasias não são senão neoplasias sífilíticas que o tratamento, em pouco tempo, fará desaparecer.

Os sinais específicos da sífilis e as suas lesões externas na maior parte dos casos não se encontram, e daí resultam os erros de diagnóstico. Sendo a sífilis cerebral a mais bem diferenciada de tôdas as formas de avariose, não tem outros sinais específicos a não ser as dores nocturnas, diz LEREDDE. Ainda assim são raras. A cefaleia dos sífilíticos, em geral, não apresenta nenhum carácter distintivo duma cefaleia doutra causa.

Afora os accidentes externos e alguns estigmas, a infecção espiroquética não tem outros sinais a não ser os de laboratório, e eu ajuntarei, o tratamento de prova, pois que FOURNIER diz que quando ela afecta as vísceras se traduz apenas por sintomas funcionais de ordem comum.

Dividiremos a sintomatologia sífilítica em sinais clínicos e laboratóriais.

#### SINAIS CLÍNICOS

É costume dividir-se a sintomatologia clínica da sífilis em períodos, mais para comodidade de estudo que por outra qualquer razão, visto que entre dois períodos que se sucedem, não há a separação nítida que esta divisão parece querer atribuir-lhes. Valeria mais, e é o que faremos com GAUCHER, chamar acidentes do tipo primário, secundário, terciário e quaternário ou parasífilis, visto que acidentes do tipo secundário, por exemplo, podem aparecer em pleno período terciário, 10 e 20 anos depois do cancro.

*Acidentes do tipo primário.*— A sífilis começa na sua porta de entrada por uma lesão chamada cancro duro ou cancro sífilítico. FOURNIER negava que a sífilis pudesse ser contraída sem que no seu ponto de inoculação se formasse uma lesão mais ou menos característica — o cancro duro.

Se lhe objectavam que havia casos de sífilis sem cancro, respondia que nestes casos o cancro existia escondido em qualquer parte e profundamente — cancro inacessível — numa prega vaginal, uretra, etc., ou, então, o cancro era tão fugaz e pequeno que poderia ser

confundido com qualquer erosão traumática. Mas GAUCHER crê que o esperma vector do treponema pode ser absorvido pela mucosa uterina e dar uma sifilização lenta, latente.

Outros autores, NICOLAU, etc., creem possíveis outras vias, como o aparelho digestivo (por ingestão) ou o peritoneu, no curso de uma operação abdominal, pelo operador atingido por placas mucosas bucais.

HUTCHINSON, FORDYCE, incriminam ainda os insectos (*phtirius inguinalis*; *sarcoptes scabiei*) facto êste ainda por demonstrar.

Daqui se conclui que a sífilis sem cancro parece menos excepcional do que se supoz outrora.

A incubação do cancro sifilítico varia de 15 a 30 dias.

O cancro sifilítico é uma lesão erosiva, pequena, arredondada, vermelha, e sem induração nesta primeira fase de eclosão. Ao cabo de 3 a 5 dias, e às vezes mais, torna-se duro na sua base. Passados 10 a 20 dias desenvolve-se e toma a sua forma típica: torna-se uma lesão circunscrita, ovalar ou arredondada, a não ser que por virtude da região sôbre que se implanta (freio balano prepucial por ex.) sofra deformações, chato ou elevado, exulcerado, erosivo, e, salvo complicação, não ulcerado, limpo, não supurante, levemente secretante, verdadeira côr e aspecto de carne

muscular, endurecido, de bordos não descolados, sangrando ao menor contacto, dando uma serosidade ou sero pús quando se comprime a sua base, não sendo, contudo, auto-inoculável a partir do décimo ou duodécimo dia, segundo PINAR e QUEYRAT.

O cancro é sempre acompanhado de uma adenopatia regional que todavia em certos casos, raros, pode faltar. Essa adenopatia, em geral, aparece do quinto ao oitavo dia do cancro, e pode ser formada por um único gânglio ou por uma pleiade uni ou bilateral de gânglios, agrupados em volta de um mais volumoso.

Estes gânglios são volumosos, duros, indolentes, móveis, não aderentes à pele e que nunca supuram.

A grande demora no período de incubação (15 a 30 dias) do cancro sífilítico, a presença de uma ulceração única, a multiplicidade dos gânglios, a sua evolução afegmásica e a não supuração, são os principais dados que nos levam a pôr de parte a hipótese que logo nos salta de cancro mole do bacilo DUCREY.

Mais tarde se verá que alguns destes caracteres têm que ser bem interpretados para que não nos levem a conclusões erróneas.

O cancro é, de ordinário, único, mas todavia tem-se visto casos de multiplicidade e FOURNIER cita um caso de vinte e três. Por

nossa parte e durante o nosso curso vimos um caso de três.

A sede habitual do cancro é nos órgãos genitais, nos lábios, nas amígdalas, no queixo, em qualquer parte do tegumento, em consequência de uma mordedura ou de uma qualquer solução de continuidade.

É por isso mesmo que devemos ter bem presente que a sífilis não resulta necessariamente de um contacto genital, lembrando-nos dos múltiplos modos porque ela pode ser contraída, e procurarmos os seus sinais por toda a parte.

O cancro só desaparece ao cabo de algumas semanas (2-8), começando então o período de reparação cicatricial.

Cicatrizada a erosão, o infiltrado reabsorve-se, ficando uma cicatriz\* que persiste meses sob a forma dum nódulo duro e indolente que permite, por vezes, um diagnóstico retrospectivo.

Mas ao contrário, e que isto fique bem presente, o cancro é tão fugaz e tão falho nos seus caracteres que pode passar despercebido por completo.

Falar das suas múltiplas formas seria alongar um assunto por demais tratado nos livros da especialidade com toda a proficiência e desenvolvimento; nós só tentamos dar uma ligeira nota da sintomatologia da sífilis, e daí

fazer ressaltar a importância capital de um bom e rápido diagnóstico que vá obstar, pelo tratamento, a perdas e a desastres irreparáveis.

Um diagnóstico diferencial que somos quasi sempre obrigados a fazer, é entre o cancro mole e o cancro duro, e bastantes são as vezes em que, a-pesar-de bons e repetidos exames, o clínico fica ainda mergulhado na dúvida.

Os cancros moles habitualmente são múltiplos e o mais das vezes confluentes, a sua incubação é em geral muito curta (2-3 dias), são cavados numa verdadeira ulceração, bordos descolados e talhados a pique, sempre muito dolorosos, o fundo amarelado ou cinzento e segregando pús, a base mole, e não são forçosamente acompanhados de adenopatia regional, mas quando o são, esta é monoganglionar, quente, inflamatória e dolorosa, com empastamento que imobiliza o gânglio, supura quasi sempre, podendo produzir-se um novo cancro mole sobre a adenite ulcerada.

O cancro mole é sempre auto-inoculável em todos os períodos, e três a quatro dias depois da inoculação reproduz um cancro mole característico.

Se em tudo os caracteres desta lesão se opõem aos do cancro duro, há casos, porém,

em que o diagnóstico diferencial é bastante difícil. Assim é que se citam casos em que o cancro mole é único e o cancro sifilítico múltiplo; em que o cancro mole, por virtude de cauterizações ou aplicação da pomada de calomelanos, pode endurecer, tornando-se papuloso, tomar o aspecto do cancro sifilítico, em que a própria adenopatia pode ser pouco dolorosa, em que os gânglios podem ser móveis e não supurarem, e, inversamente, pode suceder que o bubão sifilítico infectado por micróbios piogénicos venha à supuração e, enfim, haja a associação treponema-bacilo DUCREY, dando o chamado cancro mixto de ROLLET.

GAUCHER diz que em presença de cancros moles devemos pensar sempre na sífilis, visto os cancros mixtos serem tão freqüentes.

Sobre as formas clínicas do cancro duro não nos demoraremos, pois que tôdas elas têm no fundo os mesmos caracteres, mais ou menos modificados.

¿Como, pois, conduzir o diagnóstico perante esta hipótese? Fazendo a vigilância atenta do doente, o exame bacteriológico da serosidade do cancro, a reacção de WASSERMANN e o tratamento de prova.

A vigilância deve visar a aparição dos accidentes secundários (roséola, placas mucosas, cefaleia, etc.).

O exame bacteriológico da serosidade deve ser repetido quando de princípio não dê resultado positivo, porque uma resposta negativa só tem um valor relativo.

A reacção de WASSERMANN deve ser também feita em séries, pois que nas primeiras semanas do cancro ela é negativa, e, só depois do vigésimo dia, se torna positiva. No cancro mixto é necessário fazer a reacção do quadragésimo ao sexagésimo dia, pois que a incubação do cancro sifilítico avança 21-28 dias a do cancro mole. Emfim, uma reacção negativa, antes de sessenta dias, não tem valor algum.

Muitas outras lesões podem ser confundidas com o cancro sifilítico mas limitar-nos-hemos simplesmente a enumerá-las e a fazer notar que tôdas podem coexistir com o cancro, isto é, servir de porta de entrada à sífilis.

São elas, principalmente, escoriações e lesões traumáticas, herpes, cancro provocado pelo ácaro da sarna, ectima canceriforme provocado pelo mesmo parasita, e o epitelioma.

Por último direi que o tratamento de prova que devemos instituir logo à menor suspeita de sífilis, deve ser enérgico e suficiente.

Devemos notar todavia que a reacção de WASSERMANN pode ser influenciada por um tratamento de prova enérgico, não tendo por

isso razão para subsistir a negatividade da reacção antes do prazo máximo de catorze meses, pois, como digo, o retardamento na positividade da reacção pode ir além de um ano. GOUREGOT aconselha mesmo, por prudência, WASSERMANN aos 24, 36 e 48 meses.

*Acidentes do tipo secundário.* — Os acidentes do tipo secundário são o testemunho de uma infecção geral, de uma septicémia pelo treponema de SCHAUDINN e HOFFMANN.

Vinte a sessenta dias, quarenta e cinco em média, depois do cancro, aparece uma erupção cutânea (roséola), uma erupção mucosa (placas mucosas), uma poliadenopatia e uma invasão do sistema nervoso traduzindo-se por uma cefaleia persistente e, algumas vezes, por uma linfocitose do líquido céfalo-raquídeo, perturbações gerais, leucomelanodermia e, às vezes, pela perda dos cabelos em clareira (alopécia em clareiras).

Contam-se casos em que a sífilis se localiza desde princípio nas vísceras, atingindo os mais variados órgãos, mas só muito excepcionalmente esta localização precede aquelas manifestações. No momento da aparição destes sintomas, o cancro persiste quasi sempre e pode-se então encontrar sob a forma de lesão ainda activa ou sob a forma de cicatriz endurecida. O cancro todavia não tem sido

encontrado sempre, o que levou à existência de sífilis sem cancro de que já falámos.

A roséola é uma erupção formada por elementos maculosos arredondados ou ovulares, por vezes salientes, côr rosa pálida, flôr de pessegueiro, disseminados pelo corpo, mas, sobretudo no tronco, muito numerosos; não são pruriginosos e não apresentam descamação. Por vezes são difíceis de ver e, portanto, podem passar despercebidos não só ao doente como ao médico; devemos procurá-los sobretudo nos flancos e paredes da axila, a uma certa distância do doente (1 ou 2 metros), fazendo-lhe levantar os braços, muitas vezes numa semi-obscuridade servindo-nos de um vidro azul ou da mão como *écran* para fazer ressaltar as manchas menos nítidas.

As placas mucosas ordinariamente encontram-se sôbre as mucosas genitais, anais, bucofaringeas, sôbre os tegumentos do pênis, perínio, escrôto, etc.

São pouco numerosas ou únicas, isoladas ou confluentes, grandes ou tão pequenas que podem passar despercebidas. Podem revestir aspectos diferentes: erosivas, papulosas, hipertróficas, etc.

É muito difícil o seu diagnóstico, pois são facilmente confundidas com outras lesões, isto é, não têm nada de característico. São de côr opalina, côr de aço com reflexos

amarelados, começando por manchas regulares.

A cefaleia, nem sempre constante, apresenta diferente intensidade desde a sensação de simples pêso de cabeça à dôr violenta, aparecendo pelo fim do dia e aumentando de violência durante a noite. Testemunha sempre um ataque meníngeo, e, com efeito, a punção lombar mostra uma linfocitose do líquido céfalo-raquídio.

Na micropoliadenopatia quasi todos os gânglios estão tumefeitos, duros e rolam sob os dedos, mas principalmente os gânglios supra-epitetrocleanos que, sendo bilaterais, e na ausência de tuberculose, escrófulo-linfatismo, certas intoxicações crónicas e lesões inflamatórias da região, são devidas à infecção sífilítica.

É rara a ausência desta reacção ganglionar, mas quando falta é de mau prognóstico.

A alopecia em clareiras é bastante rara e, em geral, aparece do terceiro ao sexto mês. Atinge a barba muito raramente; no coiro cabeludo, atingindo grande extensão, forma verdadeiras clareiras. As sobrancelhas são também atingidas mas no seu terço externo.

A leucomelanoderma aparece nos primeiros meses da sífilis e não se vê senão quasi exclusivamente nas mulheres. É formada

por manchas pigmentadas, dispostas e anastomosadas irregularmente, que delimitam ilhotas de pele sã e descórada. Esta lesão não apresenta dôr nem prurido; traduz sempre uma lesão supra-renal, devendo por isso ser instituído um tratamento opoterápico.

Para JEANSELME e BALINA, a leucomelanodermia ou colar de Vénus é a consequência da roséola, isto é, a erupção cerca-se de uma pigmentação intensa tardia, e por isso se lhe dá o nome de sifilide leucopigmentar.

O diagnóstico clínico dos acidentes secundários, sendo bastante difícil, será feito pela associação de tôda a sintomatologia que acabámos de mencionar, convenientemente interpretada.

*Acidentes do tipo terciário.* — Estes acidentes aparecem com intervalos de tempo muito variáveis (4, 20, 60 anos até, depois do cancro); ficam isolados ou recidivam. Pouco contagiosos, estes acidentes são constituídos pelas gomas, pelas infiltrações esclero-gomosas, pelas escleroses viscerais e de todos os tecidos nobres do organismo.

São evitáveis estes acidentes pelo bom e racional tratamento, a não ser que o terreno predisponha (juventude, senilidade, mau estado geral hereditário ou adquirido, surmenage, tuberculose, escrófulo-linfatismo, alcoolismo, paludismo, traumatismos).

A guerra, diz GOUGEROT, deu numerosos exemplos de sífilis post-traumáticas.

Sendo, sem dúvida, a insuficiência do tratamento o grande factor da sífilis do tipo terciário, é da máxima conveniência para os doentes, é do nosso dever de médicos, fazer sempre que possamos, um tratamento racional e suficientemente enérgico para que não haja alguém que, amanhã, nos acuse, e com razão, do descuido e do mal de que somos os únicos culpados.

A evolução desta sífilis é irregular e escapa a toda a previsão; o que a caracteriza é a sua própria irregularidade.

Os accidentes sobrevêm em plena saúde aparente do indivíduo, na ocasião de um traumatismo, de uma debilitação do organismo.

Os períodos de repouso entre os accidentes são variáveis.

A sífilis do tipo terciário é pobre em manifestações, ao contrário dos accidentes secundários; não compreende senão um só accidente; se vários aparecem a um tempo é por que um novo se juntou ao que persistiu.

A sífilis, neste período, lesa todos os tecidos, mas principalmente tem predilecção para o sistema nervoso, pele e mucosas. Produz a maior parte das afecções viscerais e tudo pode simular; e é este o seu polimorfismo clínico.

As gomas, freqüentes sobretudo do terceiro ao sexto ano, podem encontrar-se sôbre todos os pontos do tegumento, atingindo, por ordem de freqüência, o véu do palatino, a língua e a pele.

As gomas, com rara excepção, são subcutâneas ou mucosas. A goma dura, no primeiro estado, apresenta-se sob a forma de um nódulo profundo, duro, aflegmático e indolente, sem aderências nem à pele nem aos planos profundos, que só o acaso pode revelar.

De indolente e aflegmático que era, torna-se doloroso e inflama-se, adere à pele, que se avermelha, o seu centro amolece (estado de amolecimento) e dá sinais de flutuação. Puncionada a goma neste estado dá um líquido amarelo viscoso, gomoso, mas em pequena quantidade. Em seguida a pele adelgaça-se, rompe-se e forma-se uma ulceração (3.<sup>a</sup> fase). Nesta fase a úlcera tem os bordos talhados a pique e o seu centro apresenta um carnicão sob o aspecto de uma pequena esponja de pús.

A úlcera é circular ou policíclica quando várias se fundem. Pouco a pouco, ou espontâneamente, ou por influência do tratamento, a goma vai desaparecendo (4.<sup>a</sup> fase), ficando em seu lugar uma cicatriz bastante aparente e indelével. A duração da sua evolução é, em geral, de três a quatro meses.

Pode complicar-se e dar lugar a perfurações que só uma operação cirúrgica consegue remediar, as mais das vezes.

O diagnóstico desta lesão funda-se sobre a noção da sífilis nos antecedentes do doente e nos antecedentes hereditários e, ainda, sobre o sinal de ARGYL-ROBERTSON.

As manifestações cutâneas e mucosas podem ser tuberosas, túbero-esclerosas e túbero-crustáceas.

A lesão elementar é uma enorme pápula (tubérculo sífilítico) cujos modos de agrupamento são diversos. Podemos ver acidentes do tipo secundário (acidentes secundários tardios) que aparecem vinte e quarenta anos depois do cancro, placas mucosas que, ao contrário das gomas, são extremamente contagiosas.

O eritema circíneo é também um dos acidentes do tipo terciário, benigno; aparece no tronco, ombros, nádegas, coxas e antebraços.

Forma discos côr de rosa viva ou rosa pálida, formando, pela reünião, fitas onduladas e sinuosas. É indolente e sem prurido, o seu prognóstico é benigno e, para FOURNIER, seria indício de infecção atenuada.

Estes acidentes que, resumidamente, acabamos de enumerar, são os mais terríveis de todos pelo seu poder de destruição do lado das vísceras e, sobretudo, do sistema nervoso.

FOURNIER diz que as sífilis e as para-sífilis nervosas constituem, com a heredo-sífilis, o grande perigo da afecção.

*Parasífilis ou acidentes do tipo quaternário.*

— Não são os acidentes do tipo terciário, que curam com o tratamento, os mais temíveis que a infecção pelo treponema cria no organismo humano, mas sim aqueles que, em doentes insuficientemente tratados, não obedecem ao tratamento antisyphilitico e continuam a sua marcha indiferentes a todos os nossos esforços terapêuticos.

A sua resistência ao tratamento (salvo no principio) e, portanto, a sua incurabilidade, são a sua extrema gravidade.

São êles o *tabes* e a *paralisia geral*.

É preciso, pois, tendo nós na nossa mão a chave dêste magno problema, o tratamento e a vigilância durante tôda a vida do sifilitico, não deixarmos que estas lesões tomem curso, condenando irremissivelmente o infeliz portador delas.

Em todos os períodos da sífilis se podem dar recidivas e estas podem ser do tipo secundário, mesmo em pleno período terciário (roséola, placas mucosas, etc.).

A sífilis pode ficar latente por espaços de tempo muito variáveis e convém que esta latência seja indefinida, pela vigilância contínua e cuidadôsa do doente e tratamento

oportuno, para evitar as recidivas que nem sempre são benignas e que as mais das vezes saltam de um a outro período, dando lugar, às vezes, a lesões irreparáveis.

#### SINAIS DE LABORATÓRIO

Dos mais empregados no diagnóstico da sífilis, e sobretudo no nosso país, é a reacção do desvio ou melhor de fixação do complemento de BORDET-WASSERMANN (reacção tipo).

Quer seja a WASSERMANN tipo, quer com as modificações de BAUER ou HECHT-STERN, que muitos autores crêem ser a mais segura e sensível, o que nos interessa sobremaneira é o seu valor diagnóstico e a maneira de interpretar os seus resultados.

LORTAT-JACOB e P. LEGRAIN, estudando comparativamente os métodos de WASSERMANN, de HECHT e o método chamado de floculação de VERNES sobre 51 casos, viram que em 46 (90%), os dois métodos deram resultados idênticos; que em 3 para 31 casos (5,8%) a WASSERMANN foi fortemente positiva e a sobre-floculação ligeira, mas nítida; sobre 2 casos para 51 (3,2%) a WASSERMANN foi fortemente positiva ao passo que a floculação era normal.

Os cinco últimos casos diziam respeito a

sifilíticos em tratamento, nos quais a WASSERMANN foi mais sensível.

A reacção de HECHT, por sua vez mais sensível que a WASSERMANN, foi positiva em 2 casos, enquanto que as outras foram negativas. LORTAT-JACOB preconiza o emprêgo comparativo dos diferentes métodos serológicos (HECHT, WASSERMANN, VERNES, DESMOULIÈRES) se quisermos obter ensinamentos exactos, mas é preciso desconfiar também dos métodos muito sensíveis, pois que podem mostrar a sífilis onde ela não existe.

RENAUD diz, sôbre êste assunto, que nenhum dêstes métodos é qualitativo, que são quantitativos todos, e que, portanto, a questão das doses empregadas domina os resultados, e que não há sôro, humano ou animal, que não possa dar um resultado positivo.

Trata-se, pois, no fundo, de saber qual o momento em que o poder anticomplementar comum a todos os sôros, se torna um índice de sífilis. Seja como fôr, empregue-se a técnica que se empregar, o que é verdade é que as reacções têm tôdas um valor relativo que é preciso conhecer e bem, para não cometermos erros que seriam lamentáveis.

Sem querermos entrar na técnica destas reacções, vamos tentar resolver o problema da interpretação da reacção de WASSERMANN que, muitas vezes, se torna embaraçoso.

Sendo uma reacção que, a princípio, só dava resultados positivos na infecção sifilítica, veio-se com a prática, a grande mestra da vida, a saber que, em algumas outras afecções, os seus resultados eram também positivos.

Nas infecções agudas, escarlatina, pneumonia, febre recorrente, lupus eritematoso agudo, etc., têm-se visto mais ou menos vezes reacções de WASSERMANN positivas.

Nas caquexias profundas da tuberculose, do cancro e, sobretudo, nos estados agónicos, na lepra e no pian, na malária e nas tripanosomíases, tem-se visto freqüentemente esta reacção apresentar resultados positivos.

Sobre a positividade da reacção de WASSERMANN na tuberculose, H. BOAS e C. WITH, DE COPENHAGUE, que examinaram 2.308 indivíduos atingidos de diferentes formas de tuberculose (cutânea, cirúrgica e pulmonar) chegaram à conclusão de que a tuberculose não fornece nunca uma reacção de WASSERMANN positiva.

Uma reacção de WASSERMANN negativa importa, para nós clínicos, uma interpretação cuidadosa, e eis, em resumo, o que devemos pensar de tal resultado: ¿ não será o doente sifilítico? ¿ não terá êle uma sífilis latente? ¿ a reacção não será negativa quer pela antiguidade da afecção, quer por causa de um

tratamento suficientemente enérgico? ; ou não estará êle no comêço do seu cancro?

KOLLE e HETSCH sôbre 1.200 casos observados no Instituto de Berne, obtiveram os seguintes resultados nos diferentes períodos da sífilis: No período primário, a positividade da reacção foi de 40 a 100%, e dizem êles que esta diferença é devida a os doentes não se acharem todos no mesmo ponto da sua afecção; para o período secundário, a percentagem varia de 70 a 100%, mas, aqui, a diferença de percentagens é devida às diferentes técnicas empregadas; no período terciário é de 70 a 80%; na sífilis latente a freqüência das reacções positivas varia muito com as observações, todavia, as cifras extremas são 30 a 80%.

Na sífilis hereditária, BOAS diz que se podem realizar as seguintes eventualidades:

1) A mãe reagir negativamente e a criança positivamente. Conclusão: mãe atingida de sífilis latente, criança infectada.

2) A mãe reagir positivamente e a criança negativamente. Conclusão: pode-se admitir que a criança não é infectada e que terá saúde sem nunca apresentar reacção positiva; mas pode ser que esta apareça mais tarde, ao mesmo tempo que as manifestações activas da infecção.

3) A mãe e a criança apresentam ambas

uma reacção positiva. Conclusão: pode-se admitir duma maneira geral que a criança foi infectada por sua mãe; todavia a reacção positiva da criança não é um sinal absoluto de infecção activa.

4) A mãe e a criança reagem negativamente. Conclusão: mãe e criança são indemnes, pelo menos provisoriamente, pois pode acontecer que a criança mais tarde apresente sinais de infecção.

No período primário a WASSERMANN não se apresenta positiva senão passados 15, 20 e mesmo 25 dias após o aparecimento do cancro sífilítico, e no caso de cancro mixto só 40 a 60 dias depois terá valor.

Têm-se visto casos de acidentes secundários indubitáveis e com reacção de WASSERMANN negativa, mas repetida esta reacção em breve se encontra a sua positividade. Nos acidentes do tipo terciário a pequena percentagem das reacções positivas explica-se pela antiguidade (BERING) da afecção.

A percentagem das reacções positivas nos não sífilíticos é mínima, diz GOUGEROT (0,45%), e ainda assim mesmo há lugar de pensar que estes indivíduos poderão ser heredo-sífilíticos latentes ou indivíduos cuja sífilis era ignorada.

Dêste modo se vê que é muito relativo o valor das reacções negativas e quão presente

é preciso ter estes factos para não cometermos faltas.

A reacção positiva implica um diagnóstico de sífilis, salvo os casos de certas doenças e estados caquéticos, a que já nos referimos.

A reacção pode ainda apresentar-se positiva com os sôros lactescentes, sôros colémicos (BAR e DAUNAY), mas BOAS, C. LANGE não encontraram nos ictéricos senão reacções negativas.

Pode ainda vir uma reacção duvidosa, devido a causas múltiplas e variadas, mas na prática, quando a menor dúvida se apodera do nosso espírito, é preciso tomar novo sôro e algum tempo depois fazer nova reacção.

Não é só sobre a sero-reacção que devemos basear o nosso diagnóstico, mas sim, também, nos sinais clínicos, comparando-os, e dessa comparação tirar uma mais precisa e nítida conclusão. A WASSERMANN é mais um sintoma, e de grande valor, a ajuntar aos que o nosso exame já colheu.

Modernamente (nos nossos dias e já em Portugal) se dá um valor extraordinário a uma nova reacção colorimétrica — reacção do oiro coloidal de LANGE. Não a conhecemos senão muito superficialmente mas, pelo que vimos, somos obrigados a concordar que é duma altíssima importância no diagnóstico das diferentes formas de sífilis nervosas, as mais

terríveis pela sua rebeldia ao tratamento, e no diagnóstico diferencial não só entre as formas de sífilis nervosa como também entre a sífilis e outras doenças como, por exemplo, a meningite tuberculosa.

Parece ser duma técnica muito difícil pelo que respeita à elaboração do soluto do oiro coloidal e, por isso, quasi nada espalhada ainda no nosso país.

É feita esta reacção sobre o líquido céfalo-raquídeo e tem-se mostrado muito mais sensível e precisa que a WASSERMANN nas mesmas condições.

Fala-se, ainda, em outras reacções, como a do elixir paregórico e a do benjoin coloidal de GUILLAIN; sobre elas nada conheço; e espremos, confiados, o futuro, que êle nos trará surpresas agradáveis.

Um último processo de diagnóstico a que não quero deixar de me referir, é — o tratamento de prova — tão importante, quando bem dirigido, e tão empregado pelos médicos longe dos laboratórios.

Êste tratamento, contanto-que específico, pode conduzir a êrro, dado o caso que as lesões, não sendo sífilíticas, tenham curado durante o período de tratamento, sem que por êle sejam influenciadas, e mesmo certos medicamentos, como os arsenicais, não possuem só *vis-à-vis* da sífilis o seu poder curativo.

De forma que, para que um tratamento de prova tenha valor, deve ser ajudado duma vigilância cuidadosa do doente e do seu perfeito conhecimento patológico no que respeita a outras afecções concomitantes, e, sobretudo, diz LEREDDE, o tratamento de prova aplicado há muito tempo ao diagnóstico da sífilis, é-o infelizmente e quasi sempre de forma que não dá nenhum resultado; é útil, salvo excepções (sífilis externa), que êle seja empregado entre os presumidos sífilíticos com a mesma energia e a mesma perseverança que nos sífilíticos averiguados.

A sífilis profunda, ao contrário da externa, é, com efeito, mais rebelde; é preciso, por vezes, meses de terapêutica de prova para se conseguir o resultado preciso em sífilíticos certos.

#### EXAME DO LÍQUIDO CÉFALO-RAQUÍDIO

No exame do líquido céfalo-raquídio devemos procurar a numeração dos elementos com a célula de NAGEOTTE que num líquido normal é de 1 a 1 1/2 leucócito por milímetro cúbico, muito raramente 2, e além dêste número, o líquido é patológico. Faça-se um exame citológico depois da centrifugação, para melhor se poderem apreciar as variedades celulares. Normalmente o líquido céfalo-raquídio não tem linfócitos.

A investigação da albumina de que o líquido céfalo-raquídeo normal não contém senão vestígios (0<sup>gr</sup>,20 por litro), foi posta em evidência por WIDAL, RAVAUT e SICARD, que propuseram a investigação em separado, da serina e da globulina.

A reacção de WASSERMANN deve ser feita sobretudo no líquido céfalo-raquídeo, quando se suspeita de uma afecção nervosa de origem sífilítica, ou quando ela foi negativa no sangue. Negativa, não exclui duma forma absoluta a existência da sífilis nervosa. E a nova reacção de LANGE veio mostrar, onde a WASSERMANN era negativa, a existência de lesões sífilíticas nervosas, que a clínica confirmou.

Todavia existe, em geral, um paralelismo entre os sintomas clínicos, a intensidade da linfocitose, a riqueza em albumina e a reacção de WASSERMANN.

O tratamento de prova anti-sifilítico influencia duma maneira nítida, diz LEREDDE, e quasi sempre, a linfocitose do líquido céfalo-raquídeo, quando êsse tratamento é rigoroso e pode ser estudado com precisão. A diminuição da linfocitose num doente tratado pelos arsenicais durante vários meses, ou pelo mercúrio em fortes doses, tem um valor específico; e os meios de medida (célula de NAGEOTTE), empregados por nós, são bastante sensíveis para nos permitir afirmar a acção

terapêutica, quando o número de linfócitos diminui de 4 para 3, e para 2, por milímetro cúbico. É, pois, da mais alta importância o exame do líquido céfalo-raquídeo, não só para o diagnóstico das lesões nervosas sífilíticas, mas também para o conhecimento da sua evolução, prognóstico e influência do tratamento.

## OBSERVAÇÕES

*M. F.:* 24 anos, solteiro, ex-soldado da G. N. R.

*Diagnóstico:* Paralisia do facial de origem sífilítica.

*A. H.:* Sem importância.

*A. P.:* Ausência de doenças venéreas.

*H. P.:* Um dia de manhã ao levantar-se notou uma sensível assimetria da face, impossibilidade de cerrar as pálpebras do olho esquerdo (lagofthalmia); as lágrimas caíam-lhe pela face (epifora), a língua estava desviada para a esquerda; havia perturbações da deglutição, e um certo grau de disartria.

Consultando-me, notei-lhe, além destes sintomas, uma evidente paralisia do músculo frontal e dos músculos da mímica facial. Tratava-se, pois, de uma paralisia do facial.

Como esta, e dum modo geral qualquer paralisia, eliminada a natureza istérica, reconhece por causas mais vulgares, a sífilis, um estado infeccioso geral ou local não sifilítico, etc., procurei pelo interrogatório e minucioso exame averiguar qual das causas estava em acção.

E assim excluídas tôdas as outras entrei em linha de conta com a primeira.

Impossibilitado por carência de sintomas de fazer o diagnóstico de sífilis, colhi um pouco de sangue e mandei fazer a reacção de WASSERMANN que deu positiva.

*Tratamento:* Antes mesmo de conhecer o resultado da WASSERMANN, fui fazendo o tratamento de prova, constatando rápidos e intensos efeitos curativos.

Efectivamente quinze dias depois o doente estava clinicamente curado, pelo que concluí que a afecção era de natureza sifilítica.

---

*B. M.:* 28 anos, casado.

*Diagnóstico:* Sífilis gástrica.

*A. H.:* Sem importância.

*A. P.:* Há cerca de doze anos apareceram umas lesões suspeitas no sulco balano prepu-

cial, umas empolas (*sic*) muito dolorosas mas sem induração, que tratadas com vários desinfectantes desapareceram em pouco tempo.

Pouco depois appareceu-lhe na região inguinal esquerda um bubão muito doloroso, não lhe permitindo a marcha, e que a breve trecho supurou. Incisado e tratado pelo médico curou em pouco tempo.

*H. P.*: Desde o que acabamos de referir, a sua vida tem corrido normalmente; casou, e tem filhos regularmente constituídos.

Há dois anos começou a sentir, sem causa aparente, dores sôbre o epigastro e sôbre o peito, dores que se propagavam para o dorso, náuseas e vômitos, mas duas vezes sômente. Consultado um médico, receitou-lhe bismuto, dieta láctea, e tudo voltou ao normal pouco tempo depois.

Foi depois para o Brasil onde se demorou algum tempo, conservando-se ali muito bem e engordando até bastante. De regresso, e passados alguns meses, voltou a sofrer do estômago, mas desta vez com uma intensidade muito maior do que da primeira.

Dores terríveis no epigastro quatro horas depois das refeições, que nada calmava.

Só uma vez, depois de uma noite tormentosa, pela manhã, sentiu alívio depois de vomitar.

O vômito era constituído pelos alimentos do dia anterior. Tinha alternativamente diarreia e constipação, cólicas intestinais que terminavam por expulsão de gases.

Consultado nesta altura um médico, êste fez-lhe o diagnóstico de ptose gástrica e aconselhou-lhe um cinto de GLÉNARD. Não obteve com isto melhoras.

Quando me consultou, o aspecto do doente era bastante mau; encontrava-se muito magro, asteniado de tal forma que mal podia subir umas escadas, pálido, com um tom subictérico das conjuntivas, queixando-se de suores frios ao menor esforço.

Examinando o doente e interrogando-o, disse-me ter ainda a sintomatologia atrás referida, conservando o apetite mas recusando os alimentos por virtude dos sofrimentos que lhe causavam.

Sôbre a região epigástrica nada encontrei de anormal, não havendo dôr à pressão.

O exame do hipocôndrio direito não deu, sôbre o figado, nada de anormal.

O aparelho respiratório sem nada digno de nota.

O exame do coração mostrou uma bradicardia muito acentuada (46 pulsações por minuto).

Ao exame da pele, mucosas e órgãos genitais, nada digno de registo.

Feito o cateterismo do estômago em jejum, não mostrou hipersecreção, nem restos alimentares.

#### ANÁLISES FEITAS

Feita uma análise sumária de urinas eis as suas conclusões: « boas taxas de eliminação de cloretos e ureia. Os exames químico e microscópico não revelaram a presença de qualquer elemento anormal ».

Reacção de WASSERMANN no sangue: positiva fraca.

Reacção de WASSERMANN no sangue, depois da reactivação: positiva.

Exame radioscópico do estômago: mostrou estase completa seis horas depois do Riedder e o estômago muito descido abaixo da linha bi-iliaca.

Tratamento antisifilítico (cianeto de mercúrio) durante oito dias.

Pílulas de beladona durante três dias, e em seguida novo exame radioscópico, sendo administrada uma injeção de pantopon, duas horas antes.

Resultado dêste novo exame: pequena estase gástrica seis horas depois da administração do caldo baritado. Em seguida à administração de novo Riedder fez-se um decalque do estômago que o mostrou vertical, com pe-

quena câmara de ar e com o polo inferior bastante abaixo da linha bi-iliaca.

Foram observadas profundas ondas de contracção, deslocando-se facilmente o polo inferior do estômago sob a pressão da mão que não produz dor.

*Tratamento*: antisifilítico, com excelentes resultados.

---

*L. M.*: 23 anos, solteiro.

*Diagnóstico*: Sífilis.

*A. H.*: Sem importância.

*A. P.*: Sempre saudável e sem quaisquer antecedentes venéreos.

*H. P.*: Há três meses, na ocasião de um esforço, sentiu uma impressão dolorosa no pescoço, ficando em pouco tempo com os movimentos da cabeça tolhidos.

Em seguida a região submaxilar tumefez-se, os gânglios enfartaram-se, tornaram-se dolorosos, e apresentaram um certo empastamento.

Dores na garganta com grande disfagia, dores de cabeça pela noite adiante e dores nos membros inferiores.

Mercê de gargarejos e aplicações de cataplasmas de linhaça na região submaxilar, tudo desapareceu algum tempo depois.

O estado do doente, quando me consultou, não era mau, aparentemente.

Todavia queixa-se ainda de dores de cabeça e de uma astenia profunda.

O exame do aparelho cardio-pulmonar revelou do lado do coração um ensurdécimento do primeiro ruído na ponta, mas sem mais nada; do lado dos pulmões nada de anormal.

O exame da pele não revelou nem manchas nem cicatrizes.

Nos órgãos genitais externos nada havia que nos elucidasse sobre os seus antecedentes venéreos. O exame da buco-faringe, mostrou uma placa mucosa sobre a face interna do lábio inferior, as amígdalas hipertrofiadas mas de coloração normal, e a parede posterior da faringe de côr e aspecto normais.

Notei adenopatia supra-epetrocleana bilateral, gânglios retromastoideus e submaxilares.

*Reacção de WASSERMANN*: Negativa.

*Tratamento*: Antisifilitico (como tratamento de prova) com melhoras muito apreciáveis; continua em tratamento.

---

*J. C.:* 35 anos, casado, com 4 filhos vivos e regularmente constituídos.

*Diagnóstico:* Sífilis gástrica.

*A. H.:* Sem importância.

*A. P.:* Afecções vulgares (gripe, sarampo), sem antecedentes venéreos. Supõe ter tido escrófulas.

*H. P.:* Há cêrca de dezoito anos começou a sentir violentas dores nos membros inferiores que desapareceram em pouco tempo com a aplicação de tópicos em fricções.

Anos depois novas dores apareceram na espádua esquerda, dando lugar a uma tumefacção dêste segmento do membro que o obrigou a ficar retido no leito e não lhe permitiu, durante mais de meio ano, mobilizar o braço. Tinha às vezes dores de cabeça e otalgias.

Aplicou fricções com salicilados e tomou banhos sulfurosos sem resultados apreciáveis.

Estas lesões passado tempo desapareceram, até que há perto de dois anos o nosso doente voltou a sofrer, mas desta vez queixava-se de violentas dores no epigastro, algum tempo depois das refeições, dores estas que irradiavam para o dorso; queixava-se também de

cólicas intestinais que terminavam por abundante expulsão de gases.

Logo após as refeições, sobretudo à tarde e à noite, sentia o estômago muito avolumado e uma certa impressão dolorosa. Nunca teve vômitos mas sim eructações inodoras.

Tôda esta sintomatologia se exacerbava com a alimentação vegetal e, ao contrário, a carnea fazia diminuir os seus padecimentos.

Consultado um médico, fez o diagnóstico de estenose pilórica e propôs-lhe uma gastroenterostomia que não foi aceite.

Quando o doente me consultou, apresentou-se emmagrecido, pálido, anemiado.

Feito o exame do aparelho cárdio-pulmonar nada nos revelou de anormal.

Do lado do aparelho digestivo apenas lingua saburral.

O exame da pele, das mucosas e dos órgãos genitais externos não revelou cicatrizes de qualquer ordem que nos fizessem suspeitar a sífilis.

Na região supra epitrocleana adenite bilateral. Gânglios submaxilares.

O exame radioscópico deu o seguinte resultado: estômago pequeno, com lenhite plástica, regulares ondas de contracção, sem estase seis horas depois do Riedder.

*Reacção de WASSERMANN*: positiva fraca.

*Tratamento:* Mercurial e arsenical associados com melhoras sensíveis, e hoje encontra-se curado dos seus padecimentos.

---

*L. F.:* 28 anos, solteiro.

*Diagnóstico:* Perfuração do veu palatino de origem sífilítica.

*A. H.:* Pai e mãe vivos e com saúde.

*A. P.:* Sempre saudável. Nada se apurou sobre os seus antecedentes venéreos.

*H. P.:* Esteve no Brasil durante dois anos tendo tido, lá, sempre boa saúde. De volta a Portugal e sem causa aparente, apareceu-lhe uma inflamação de garganta (*sic*) com tumefacção dolorosa dos gânglios submaxilares e um certo empastamento. Dores de garganta, disfagia e disфонia. Pouco tempo depois tudo desapareceu sem tratamento. O doente apresentava-se, quando me consultou, com muito bom aspecto, queixando-se que os alimentos, principalmente os líquidos, refluiam, quando da deglutição, para as fossas nasais. Voz nasalada, coisa que nunca teve. O exame da buco-faringe revelou uma perfuração sobre

a linha média do veu do palatino, podendo com facilidade ser nela introduzida a polpa do dedo mínimo.

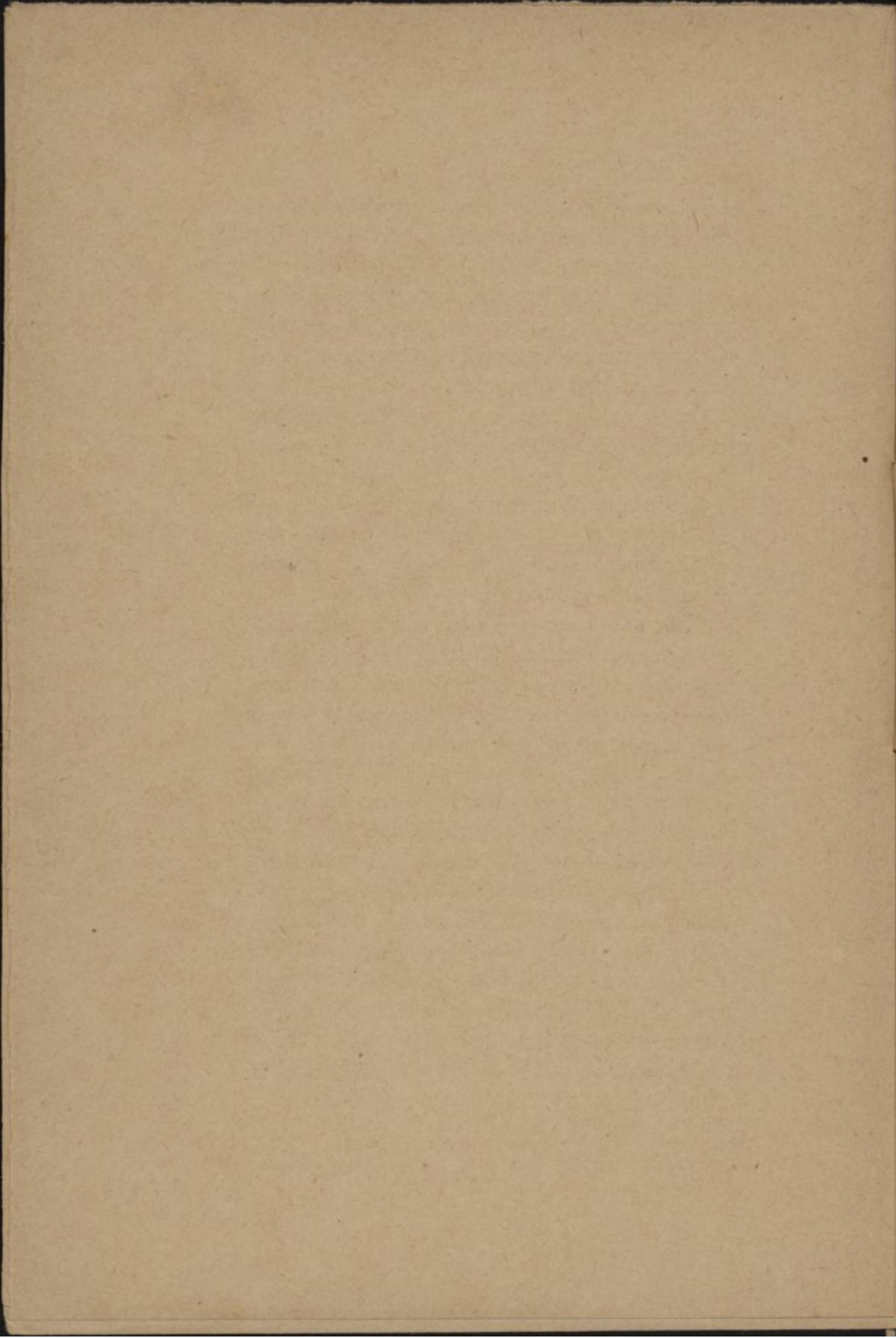
Aparelho cardiopulmonar normal. Os tegumentos não apresentam nada de notável. Não há gânglios enfiados retromastoideos, nem supra-epitrocleanos.

Os órgãos genitais não revelam nada que leve a suspeitar lesões passadas.

*Reacção de WASSERMANN*: positiva.

*Tratamento*: arsenical (914) e mercurial (cianeto) associados.

Resultados maravilhosos: o doente em poucas semanas melhorou de todos os seus padecimentos e a perfuração do palatino cicatrizou, não deixando no seu lugar senão uma cicatriz pouco notável.



## CONCLUSÕES

Da rápida análise feita à resumida história dos casos que apresentamos, se vê com grande nitidez, a anormalidade que entre êles revestiu a sua infecção espiroquética.

Em vez de passar pelas fases vulgares e ordinárias, de acidentes sucedendo-se a acidentes, segundo uma certa ordem quer no tempo, quer nas suas manifestações, aqui a infecção, por causas estranhas que não podemos concretizar, em todos os casos ficou latente, avançou de uma forma tão insidiosa, que só muito tarde, localizando-se, veio acordar do sono que durante tanto tempo a deixou ignorada.

É curioso notar ainda que em todos os casos que apresentamos, só alguns doentes dizem ter tido afecções de ordem venérea, e mesmo êsses, tão simples, que os médicos consultados tão pouco lhes deram importância, a ponto de nem sequer a hipótese de sífilis se apresentar ao seu espírito.

De forma que entre êles é muito difícil, senão impossível, prever ou supôr qual a porta de entrada do virus sífilítico.

Sendo quási todos gente rude dos campos, não nos foi possível averiguar, nos seus antepassados, doenças que pela sua descrição, nos levassem a supôr uma infecção pelo treponema.

¿Serão êles casos de sífilis sem cancro? Seria avançar de mais, mas alguns há entre êles, que, por mais que tenhamos investigado, nos foi impossível dar solução a êste problema.

Seja como fôr, tenha ou não havido cancro, tenha êle passado despercebido pela sua evolução fugaz, ou porque êle tenha sido inacessível, o que é certo, e o que logo nos impressiona, é a maneira atípica e anormal porque a sífilis se denunciou nos poucos casos que tivemos ocasião de observar.

Não tivemos, longe de nós essa idea, ao apresentar o nosso trabalho, a pretensão de dar à luz casos inéditos, porque não o são, mas achámo-los tão interessantes, que resolvemos, por isso, fazer dêles assunto do nosso trabalho.

Convém notar que é precisamente nas aldeias, onde os meus casos foram colhidos, que estas formas de sífilis se encontram, dada a ignorância dos seus habitantes e, o que é

mais, a boa fé dos médicos em julgar a impossibilidade de tal afecção, nas populações rudes dos campos, que, no geral, nascem, vivem, e morrem, naquele limitado cantinho de terra que amanham.

Mas, e eu já em outra parte o disse, a aldeia paga já um pesado tributo à avariose e, para prová-lo, basta ver essa pequena amostra que aí fica, mas quem tem a desdita de fazer clínica pelas aldeias, com espanto ou não, de boa ou má vontade, deve ter visto e constatado a veracidade do que afirmo.

O perigo que advém para a raça, cujos melhores exemplares é o campo que no-las fornece, é a ignorância do nosso povo da gravidade desta afecção e o suporem, que logo às primeiras melhoras do tratamento, estão completamente curados.

O médico é, em parte, culpado por não aconselhar e elucidar os leigos, sobre as conseqüências funestas que resultam desta afecção, não tratada, e, sobretudo, do seu tratamento, as mais das vezes, insuficiente.

Bem sei que é muito difficil fazer-se compreender o médico, e seguir os seus conselhos, mas sejamos perseverantes para o nosso próprio bem e de todos nós.

E perante a tão grande freqüência destes casos na vida prática, é necessário que nós, os clínicos, nos fechemos dentro do nosso

sceptismo científico, não nos deixemos levar por quaisquer considerações de outra ordem, e procuremos, onde devemos procurar, o que talvez ao nosso espirito repugne, — a sífilis. Por isso, ao terminar as minhas breves considerações eu quero concluir:

a) Que todo o médico, na prática, em presença de qualquer afecção crónica sobretudo, e seja de que ordem fôr, e para a qual não encontre de pronto uma etiologia e uma patogenia clara, investigue, e sem exageros inúteis, metódica e conscientemente — a sífilis.

b) Os casos anormais de sífilis são tão numerosos e freqüentes para que o médico os possa desprezar.

c) Deverá êste, sempre que possa, e sistematicamente, procurar os sintomas clínicos desta afecção entre os doentes que, pela primeira vez, vêm à consulta, pois pode ser que o seu diagnóstico seja iluminado de uma nova luz, e o impeça de cometer um grave êrro.

d) É do máximo interêsse para o clínico, e para o doente em maioria de razão, o diagnóstico feito, o mais precocemente possível, das suas lesões sifilíticas, afim de que o tratamento consiga parar a marcha da afecção.

e) É de seu dever de médico e de homem, prevenir os novos sifilíticos dos perigos que correm e fazem correr aos outros pelo con-

tágio, pelo pouco cuidado no seu tratamento, e as desgraças que pode causar o casamento de um sífilítico, a sua esposa e aos seus descendentes, quando não tenha tido o tratamento conveniente.



