Luiz Raposo

Sífilis e gravidez

Alguns dados estatísticos

Comunicação apresentada
à Associação dos Médicos do Centro de Portugal

COIMBRA
GRÁFICA CONIMBRICENSE, LIMITADA

1922

Luiz Raposo

Sífilis e gravidez

Alguns dados estatísticos

Comunicação apresentada
à Associação dos Médicos do Centro de Portugal

COIMBRA
GRÁFICA CONIMBRICENSE, LIMITADA

1922

Sífilis e gravidez

Alguns dados estatísticos

Pela segunda vez nesta Associação nos referimos a êste capítulo da Patologia Médica e da Gravidez e entendêmos que devido à sua importância bem merece que de tempos a tempos prenda por instantes a nossa atenção. Se é certo que o assunto nada tem de transcendente e é de todos regularmente conhecido, não o é menos que alguns dados de interêsse, que convêm frisar, aparecem sempre que se faz um estudo consciêncioso dum número avultado de casos clínicos. Desta fórma, podêmos tirar conclusões de ordem geral, sempre importantes, quer elas nos sirvam para acrescentar o valôr doutras já conhecidas, quer nos permitam interpretações novas, umas e outras intimamente relacionadas e dependentes na sua variabilidade do meio em que êsse estudo é feito.

Se conseguir-mos estabelecer alguns dados desta naturêza, que nos ajudem a fixar algumas médias pelo que diz respeito à inter-relação da gravidez e sífilis em geral e em especial na sociedade pobre de Coimbra, onde as nossas investigações foram colhidas, julgamos ter atingido êsse duplo fim.

*
* *

A Sífilis: doença da raça e a questão da sua hereditariedade (1): — Seja-nos permitido repetir algumas das considerações que a êste respeito expendêmos numa Conferência, subordinada ao título de *Assistência Médica na Gravidez* e realisada nesta Associação nos fins do ano lectivo — 1920-1921. O facto é tanto mais justo, quanto é certo que, destinando-se esta Comunicação a ser impressa, julgamos de alguma vantagem arquivar os dados que então estabelecemos e que traduzem a nossa apreciação crítica e resumida do problêma clínico e social da sífilis e ainda dos conceitos que se tem admitido sôbre a sua hereditariedade.

De resto, nunca é demasiado insistir-mos sôbre êstes pontos.

Dissémos, então, referindo-nos ao seu aspecto social: « É de sobejo conhecida a influência terrivelmente nefasta que a sífilis tem sob o ponto de vista da degenerescencia da raça. O número assustadoramente crescente de heredo-sifíliticos que quotidia-

(1) Quando dizemos *hereditariedade* não vá supôr-se, segundo o rigôr do têrmo, que perfilhámos duma maneira geral a hereditariedade própriamente dita da sífilis, isto é, a sua contaminação ao féto através do *espermatozoide* ou *do óvulo*. Este têrmo, já consagrado pelo uso, referir-se-há, emquanto esta questão não estiver claramente definida, á sifilisação do féto dentro do útero, quer ela seja própriamente hereditária, quer congenita. Na dúvida, porque dúvidas existem ainda em muitos casos, esta expressão não peca por incorrecta.

namente são lançados ao mundo justifica amplamente os brados de clamôr, os alarmes repetidos, numa palavra, a propaganda intensa que se está acentuando cada vez mais contra a propagação da maior enfermidade da raça. É justo, é preciso mesmo, que todos os meios profiláticos do seu contágio sejam postos em campo; necessário se torna, em pról do mesmo fim, que as conferências públicas sôbre esta importante questão se multipliquem. »

« Tudo será pouco no combate contra a sua propagação, a sífilis aumentará ainda e os resultados da nossa propaganda não corresponderão talvez aos esforços intensivos da luta! Mas não importa, ligeiros benefícios que se obtenham são já dum extremo valôr, e com o seu auxilio, ámanhã, o combate será mais fácil e eficás. »

« Não nos referirêmos, como póde parecer justo, ás várias perturbações que a sífilis é susceptível de condicionar na mulher durante a gravidez e bem assim ás lesões ovulares e especialmente fetais por ela originadas, porque êste assunto é claramente conhecido de todos os clínicos. »

« A alusão feita á gravidade da sífilis visa especialmente a fixar a vossa atenção sôbre a parte do problêma que diz respeito á influência da sífilis na propagação da espécie, servindo-nos de arrasoado preliminar, para a demonstração da necessidade imperiosa de tratar esta doença afincada e cuidadosamente durante a gravidez, o que contribuirá para que os seus efeitos se não façam sentir sensivelmente sôbre os novos sêres em creação. »

* * *

A questão da sífilis e da gravidez é, na verdade, uma das mais graves questões da *Eugenética*, sobretudo na parte que diz directamente respeito á *puericultura intra-uterina*, servindo-nos da maneira de dizer de PINARD.

Foi sob êste aspecto que esta doença mais profundamente nos interessou então.

Em bôa verdade o aspecto clínico e social não podem considerar-se isoladamente, quando se trata de sífilis e gestação. Os dados sociais, neste caso, são afinal uma resultante dos dados clínicos e uns e outros entrelaçam-se intimamente. Assim, por exemplo, o estudo da sífilis como doença da raça envolve necessáriamente o conhecimento da sua contaminação em geral e duma maneira particular da sua hereditariedade, questões que, de facto, tanto pertencem ao campo clínico e biológico, como ao campo social.

Desta maneira póde notar-se que o estudo da transmissão da sífilis do homem á mulher ou de qualquer dêstes ao embrião, sendo um problêma ao mesmo tempo social e clínico, é àlêm disto um problêma Obstétrico, que importa especialmente tratar quando nos referimos ás relações, entre si, da sífilis e da gravidez. Eis mais uma razão a justificar a insistência repetida que agora fazêmos sôbre o assunto.

*

« Prevaleceu durante muito tempo a ideia — continuavamos dizendo então — de que a sífilis se transmitia á descendência por contaminação directa do espermatozoide, istò quando a mulher que concebia estava indemne desta doença. Este conceito resultava do facto, na verdade impressionante, da grávida, muitas das vezes, não apresentar sinal clínico algum de sífilis (ao tempo os sinais laboratoriais eram ignorados), embóra lançasse ao mundo um féto coberto de manifestações sifíliticas. »

« Mais tarde supôs-se que a mãe era imunisada (lei de Colles — Baumé) e o mesmo se considerou pelo que diz respeito á creança, quando não apresentava manifestações algumas de tal doença, embóra a mãe as possuísse em quantidade (lei de Propheta)».

— « Presentemente, não se admite mais a imunidade da mãe nem da creança. A grande maioria dos autôres pensa que a contaminação do féto — na hipótese de se tratar de pai sifílitico apenas — se faz, não directamente por infecção do espermatozoide e secundáriamente do ôvo, mas por intermédio da mãe que se sifilisa primeiro, transmitindo depois o virus ao féto. »

« Segundo, pois, a opinião corrente, a sífilis embrionária ou fetal de origem paterna é uma sífilis congenita e não própriamente hereditária. »

« Contra esta opinião, que é como dizemos a dominante, levantam-se ainda várias dúvidas e que resultam especialmente da maneira diferente como a sifilis se

comporta na mulher, quando se trata dum contágio ordinário, ou quando da sifilisação dita concepcional, sem manifestação primária. »

« No 1.º caso a escala clínica habitual desta infeção estabelece-se e sucede-se como no homem, sem nada de extraordinario portanto; no 2.º, nota-se a ausencia, regra geral, de manifestações clinicas, sucedendo que da parte da mulher — agora mãe — póde esta sifilis passar despercebida, presupondo-a o clinico, a maior parte das vezes, através de lesões propriamente ovulares (hidramnios, abôrto, morte do féto, parto prematuro, etc.) »

« Torna-se necessário, pois, para continuar a admitir o contágio congénito da sífilis, ou seja a contaminação primitiva da mulher, explicar qual a maneira porque a sífilis se transmite a esta, nos casos em que a sintomatologia própria desta doença falha e que vem a ser, quási sempre, que uma mulher sã concebe dum homem sifilitico; ou então, se é que o contágio se faz como de ordinário, qual o motivo porque a sífilis evoluciona diferentemente. »

« Ha quem pense que a sifilisação das mulheres se faz sempre, mesmo quando se trate da chamada sífilis concepcional, por contagio do virus partindo de manifestações mucosas ou cutaneas do homem. Em alguns casos assim sucede, é fóra de dúvida; todavia, a maior parte das vezes o processo de contaminação não póde ser êste. É um facto averiguado que a maior parte das mulheres sifiliticas teem uma sífilis de origem genital como é tambem certo que a quasi totalidade das mulheres que conceberam dum homem sifilitico

são tambem sifiliticas. Pois bem, a freqüência desta contaminação não está de maneira alguma em relação numérica com os contactos sexuais em que da parte do homem existem no penis manifestações de sífilis activa;... não; nós entendemos que a maior parte dos homens, os equilibrados pelo menos, não terão relações sexuais quando neste estado! »

Ora, sendo assim, qual a outra fórma possível de explicar o contagio sexual da mulher, perguntar-se-ha? »

« Tendo em atenção o resultado das pesquisas do *treponema* no esperma, feitas recentemente por MARCEL PINARD e HOCH e que deram em *11* casos de sífilis secundaria *3* resultados positivos, devemos pensar que a contaminação da mulher póde fazer-se por intermédio do esperma; e é esta para a maior parte dos casos a explicação melhor que encontramos. »

« A ausencia da manifestação inicial — o cancro — explica-se, admitindo que o contagio se faz directamente ao sangue através da mucosa uterina, sendo este contágio facilitado pelas alterações da mucosa nos periodos menstruais ou quando da nidação do ôvo. »

« Esta sífilis seria assim uma sífilis decapitada e a sua aparente benignidade seria condicionada, talvez, por uma *biologia especial da zona de inoculação.* »

« Se admitirmos êste critério somos forçados a concluir que o contágio sifilitico da mulher não tem especial relação com a concepção e que a sífilis dita concepcional não deve considerar-se senão como uma modalidade fortuita do contágio sexual. De facto,

uma vez que êste se faça por intermédio do esperma, a época da contaminação tanto póde ser no período concepcional, como anteriormente, quando tenha havido outras relações sexuais. »

« A coincidencia de ser durante uma gestação que, regra geral, a sífilis se constata pela primeira vez na mulher, o que faz pensar na sífilis concepcional, justificar-se-hia pela maior minucia com que o exame geral é feito nas grávidas e ainda, por chamarem a nossa atenção alguns sintomas que aparecem freqùentemente do lado do útero grávido e até de ordem geral, pois como é sabido a gravidez é considerada como uma causa agravante da sífilis. »

« A dentro do conceito, geralmente admitido, da sifilisação congénita do féto, eis, em nosso parecer, qual a melhor maneira de explicar o contágio da mulher, quando a sífilis não apresente a manifestação primitiva habitual e evolução clínica própria. »

* * *

« A transmissão propriamente hereditária da sífilis por infecção directa do espermatozoide ou do óvulo, não póde, porém, excluir-se por inteiro. »

Orçando as dimensões habituais do treponema entre 6 e 15 μ, com algumas formas curtas de 3 μ, e outras longas de 20 μ, e as da cabeça do espermatozoide por 5 μ, compreende-se que seja possível a um treponema alojar-se adentro da cabeça dum espermatozoide, possibilidade esta que é acrescida ainda pela propriedade que os treponemas teem de se enrolar

sobre si proprios, o que dá uma acomodação mais fácil. »

« LEVADITI e SAUVAGE encontraram treponemas intra-ovulares, com o aspecto habitual, numa criança de 30 dias, heredo-sifilitica. »

« Se notar-mos ainda que alguns casos ha, embora muito raros, em que a mãe foi sifilisada pelo filho depois do nascimento e que constituem, portanto, excepções á lei de COLLES, parece-nos que não devemos excluir por completo a hipótese da transmissão germinativa da sífilis. »

« As excepções á lei de COLLES podem tambem explicar-se (HOCH) por uma contaminacão directa do ôvo por *virus* transportados no esperma, processo de contágio que, afinal, teem de admitir os que excluem duma maneira absoluta a transmissão hereditaria da sífilis. »

« Como acabamos de ver, o problema da transmissão da sífilis aos descendentes, não encontrou ainda, para todos os casos uma explicação cabal e completa, facto de que resulta, como é natural, o interesse que nos despertou. »

E eis com isto, terminadas as considerações mais importantes que sôbre o problema da sífilis fizemos na nossa Conferencia e para as quais pedimos vénia de transcrição.

* * *

Da sífilis no meio pobre de Coímbra.

I — Freqüência: — O nosso estudo recái sôbre 130 exemplares clínicos, tantos foram dos internados

nos ultimos três anos (1919, 1920 e 1921) na *Clínica Dr. Daniel de Matos,* aqueles em quem se procurou averiguar da existencia da sífilis. Servimo-nos para êste fim, especialmente, da R. de Wassermann, que nas grávidas presta valiosissimos serviços, pois, como é sabido a sífilis evoluciona nelas, miutas das vezes, a coberto de qualquer manifestação clínica apreciável que nô-la revele.

— Mas, precisamente, por recorrer-mos a êste meio de diagnóstico, ocorre perguntar desde já: possue de facto a R. de W. *na gravidez,* uma importância tal, que possamos, perante esta única prova da existência ou não de sífilis, orientar a nossa conduta clínica, tão cheia de responsabilidades neste caso particular, pois sabe-se que da falta d'uma bôa orientação terapeutica póde resultar nada mais, nada menos do que a morte do féto? Sem que pretendâmos por agora responder duma maneira definitiva a esta questão, diremos todavia, que a R. de W. na gravidez constitue sem dúvida um elemento de muito valor e confiança para o diagnóstico da sífilis. —

Nas 130 grávidas observadas, a R. de W. foi feita, indistintamente da existência ou não de qualquer suspeita de sífilis, quer dizer, os casos não foram seleccionados, mas sim examinados sob êste aspecto em condições iguais. Só desta fórma poderêmos tambêm tirar conclusões pelo que respeita ao valôr da reacção de W.

O número de resultados positivos foi de 56 na totalidade, 43 °/₀ portanto.

Esta percentagem é muito elevada em relação a outras conhecidas. Basta que citemos, para confir-

mação de tal que NOBÉCOURT ET BONNET encontraram num dos serviços de Paris, no ano de 1920, um número de W. positivas em grávidas igual a 4 °/₀ (?), WHITRIDGE WILLIAMS, em 1920 também, no «Johns Hopkins Hospital» da America do Norte achou uma média de 2,48 °/₀ para a raça branca e 16,29 °/₀ para a raça negra; Agusti y Planell encontrou na Clínica Obstétrica de Barcelona no mesmo ano uma percentagem igual a 8,1.

II — Mortalidade fetal, abortos e partos prematuros: — A mortalidade fetal em 161 exemplares internados nos mesmos 3 anos e entre os quais estão incluidos os 130 a que nos referimos, foi de 29 ou seja 18 °/₀.

A distribuíção da letalidade fetal é a que vai publicada no quadro da página seguinte.

A sífilis ocupou pois 4 °/₀, aproximadamente, do número de fétos mortos.

— Em 52 casos de sífilis nitidamente averiguada houve:

Abôrtos devidos á sífilis	4 — 7,6 °/₀
Fétos mortos nos dois últimos mêses e creanças nos primeiros oito dias após o nascimento	5 — 9,6 °/₀
Partos prematuros com fétos vivos	10 — 19 °/₀

Estas médias são bastante baixas em relação a outras conhecidas.

Distribuição da letalidade fetal

Causas	Número de casos de morte	Percentagem	Observações
Sífilis	5	3,1	Incluídas duas creanças que morreram ao 4.º dia.
Toxémias gravídicas	3	1,86	
Posições viciosas despresadas	7	4,34	
Partos despresados (Em boas posições)	10	6,21	
Apertos de bacia	1	0,62	
Ruturas do útero	1	0,62	
Causas indèterminadas (sífilis com probabili.de)	2	1,24	

Em grande parte, pode esta baixa ser explicada pelo facto de muitas das nossas sifíliticas terem sido tratadas durante algum tempo. Alguns casos houve, porêm, em que a sífilis não foi tratada e bastantes em que o tratamento foi pouco intenso. O factor, pois, do tratamento não explica por si só esta redução, tão acentuada relativamente a outras estatísticas.

Um outro dado característico do nosso meio reside ainda na raridade com que os filhos de sifíliticas apresentam ao nascer manifestações de sífilis activa, algumas, como o pemfigo, tão comummente narradas. Apenas as observamos em dois casos, mesmo entre vários de sífilis não tratada.

Estes factos significarão uma relativa benignidade da sífilis no meio de Coimbra? Seria perigoso, sem outras provas, admitir semelhante conceito.

Supômos que atenta a alta percentagem de sífilis constatada, sífilis esta que evoluciona muitas das vezes sem manifestações clínicas activas, devemos considerar como sendo heredo-sifíliticas algumas das nossas grávidas. Ora, como é sabido, a sífilis atenua-se, regra geral, de geração em geração, não sendo de extranhar, pois, que os produtos de algumas mulheres heredo-sifíliticas apresentem uma sífilis um tanto atenuada já.

Para vários casos a explicação póde ser esta. Não se ajusta, porêm, a muitos outros em que há a certêsa de que a sífilis foi adquirida, freqùêntemente até durante a gestação, e nos quais, mesmo sem ter sido tratada, esta aparênte benignidade se manifesta, quer na mãe quer no féto.

É bom, porêm, não ter ilusões. Nada há de positivo que nos leve a concluir que a ausência de manifestações clínicas de sífilis na mulher quando grávida e não tratada, depônha em favôr duma sífilis atenuada do filho. Muitas das creanças não apresentam manifestações precoces, é certo, mas tardiamente quási nunca faltam, infelizmente. Basta para isso atentar no facies e no todo em geral da maior parte das creanças da primeira e segunda infância da classe pobre que passeiam pelas ruas de Coimbra. O seu aspecto de sêres empobrecidos orgânicamente, o raquitismo, as deformidades, enfim todas as afecções que representam estigmas de degenerescência, devem,

tendo em atenção a alta freqüência da sífilis no meio em que foram gerados, ser atribuídas, em grande parte, a esta doença.

Bom será, pois, que o combate à mesma não tenha tréguas e em especial durante a gravidez.

* * *

Valôr clínico da R. de Wassermann na gravidez: — Os 56 resultados positivos da R. de W. distribuem-se como segue:

Nitidamente positivos	41
Positivos fracos	10
Muito fracamente positivos	5

As primeiras 41 grávidas fôram todas consideradas como sifíliticas e um tratamento apropriado foi feito, do que, de resto, nunca tivemos que nos arrepender. A sífilis confirmou-se quási sempre; não nos repugnando admitir que em um ou outro caso a sífilis não estivesse em causa, pois, ninguem pretende afirmar que a R. de W. é absolutamente infalível.

Sôbre o valôr da R. de W. falam com mais eloquência os resultados *fracos* e *muito fracos*, visto serem os mais duvidosos.

Damos, nos 2 quadros a seguir, as razões clínicas que nos permitem a interpretação dêstes casos sob o ponto de vista da sifilis:

Casos Clínicos com R. de W. fraca

N.os dos exemplares	Sinais clínicos de sifilis	Parto	Creança			Peso da placenta	Coef. de Pinard	Diagnóstico	Tratamento	Observações
			Peso	Sinais clínicos de sifilis	Curva de peso					
1066	Keratite	—	—	—	—	—	—	Heredo-sifilítica	Tratou-se antes da gravidês	
1079	Não tem	A termo	3000gr	Não tem	Bôa	600	$\frac{1}{5}$	Não deve haver sifilis	—	
1096	—	—	—	—	—	—	—	?	—	Não ha indicações especiais
1210	Não tem	—	—	—	—	—	—	?	—	Alta antes do parto
1230	Não tem	Prematuro 7 $^1/_2$ mez	2200gr	Não tem	Má	640	$\frac{1}{3,4}$	Sifilítica	Teve	
1320	Não tem	A termo	3250gr	Não tem	Regular	550	$\frac{1}{6}$	Não sifilítica com probabili.de	Não teve	
1346	Não tem	A termo	2900gr	Não tem	Má	600	$\frac{1}{4,8}$	Sifilítica com probabili.de	Não foi tratada na gravidez	Nos antecedentes revela sinais suspeitos. — Internou-se pouco antes do parto
1427	Não tem	Abôrto de 5 mezes	—	—	—	—	—	Não sifilítica com probabili.de	Não foi tratada	É tuberculosa pulmonar
1521	Teve um parto com feto morto	A termo	3500gr	Não tem	Bôa	800	$\frac{1}{4,3}$	Sifilítica com probabili.de	Foi tratada	
1535	Não tem	A termo	3300gr	Não tem	Bôa	600	$\frac{1}{5,5}$	Não sifilítica com probabili.de	Não foi tratada	

Quer dizer nos 10 exemplares com R. de W. *fraca* a sífilis foi diagnosticada em 4 casos (2 de certeza e 2 de probabilidade); em 4 outros não nos pareceu existir esta doença e por ultimo nos 2 restantes não houve elementos suficientes para um diagnóstico provável.

Casos Clínicos com R. de W. muito fraca

N.os dos exemplares	Sinais clínicos de sífilis	Parto	Creança			Peso da placenta	Coef. de Pinard	Diagnostico	Tratamento	Observações
			Peso	Sinais clinicos de sífilis	Curva de peso					
1114	Sífilis averiguada	Prematuro (7 mezes)	1900gr	Não tem	Má	—	—	Sifilitica	Foi tratada	
1287	Não tem	A termo	4400gr	—	—	—	—	Não sifilitica com probabili.de	—	É tuberculosa pulmonar (fechada).
1480	Não tem	Abôrto aos 5 mezes	—	—	—	—	—	?	—	O abôrto foi devido com probabilidade a prolapso do útero.
1501	Não tem	Prematuro 8 mezes	Feto morto (monstro)	—	—	—	—	Sifilitica		
1525	Nevralgias suspeitas	A termo	2800gr	Não tem	Regular	500	$\frac{1}{5,6}$	Sifilitica com probabili.de	Foi tratada	Melhorou das nevralgias com o tratamento.

Como se vê nos 5 casos de R. de W. *muito fraca*, a sífilis confirmou-se ainda em 3 casos, o que na verdade constitue uma alta percentagem. Houve um

caso duvidoso e um outro em que a positividade da reacção deve atribuir-se à tuberculose.

Em resumo: quer nos resultados fracos, quer nos muito fracos, a R. de W. mantem-se ainda com muito valor; justo é, pois, que naqueles nitidamente positivos atribuamos à mesma um valôr real na quási totalidade dos casos.

* * *

Entre as 74 grávidas que em igual período tiveram nas suas R. de W. resultados negativos, só em uma a sífilis se mostou evidente. E' bom dizer que esta negatividade de sintomas tanto se refere ao período da gravidez como do puerpério.

Eis a contra prova, que nestes estudos se torna sempre necessária e que, como vêmos, nada mais faz do que realçar a importância do valôr da R. de Wassermann.

Em conclusão: a R. de W., em 130 grávidas, deu-nos resultados em desacôrdo com a clínica apenas em 5,3 °/₀ (incluindo os resultados fracos e muito fracos). Esta percentagem é, portanto, muito baixa entre nós. Nobécourt e Bonnet a que já aludimos, encontraram 10 °/₀, e duma maneira geral não conhecemos estatísticas em que as causas de êrro diagnóstico da R. de W. fiquem abaixo de 7 °/₀.

Este facto é tanto mais interessante, quanto é certo que a gravidez vem, desde ha muito, sendo apontada como susceptível de provocar, resultados positivos da R. de W., independentemente da sífilis.

Não tentamos excluir com as nossas observações, esta causa de êrro, porque além de se compreender bem, tem sido assinalada por muitos que teem mais autoridade do que nós sôbre o assunto; todavia podemos dizer que ela deve considerar-se de importância mínima.

No corrente ano de 1922, tivemos também ocasião de notar que a mesma fidelidade de resultados continúa a manter-se.

A glória dêstes bons sucessos cabe intacta aos caros colegas do *Laboratório de Análises Clínicas,* Vieira e Brito e Miguel Ladeiro.

Do valôr do coeficiente de Pinard: — Como *coeficiente de Pinard* entende-se a relação ponderal existente entre a placenta e o féto, normalmente considerada igual a $\frac{1}{6}$.

A alta dêste coeficiente, foi interpretada por PINARD como um sinal de sífilis muito provável.

O primeiro trabalho de vulto sôbre a influência hipertrofiante da sífilis sôbre a placenta, deve-se a CORRÊA DIAZ (*Thése de Paris,* 1891), tendo sido feito sob a instigação do Prof. PINARD. CORRÊA DIAZ concluiu favoravelmente pela importância diagnóstica do coef. placento-fetal.

A partir de então êste assunto tem sido sujeito ao maior número de controversias.

Até 1904 predominou o conceito de PINARD, sendo unanimes os autores em reconhecer bastante importância a este coeficiente, como sinal de sífilis provável.

As opiniões dividiram-se depois, estabelecendo-se duas correntes nitidamente diferentes:

Uma, que continúa a reconhecer ao coeficiente de PINARD bastante importância (PINARD, BAR, BRINDEAU, SCHAUDIN, GIRAULD, EDMOND LEVY-SOLAL, etc.).

Outra, que nega que êste coeficiente tenha um valôr apreciável (PETIT, JEAN, BOBRIE, LABOURDETTE e LAURENT).

É fóra de dúvida que o Coef. de PINARD não possue, práticamente pelos menos, o valôr que muitas das vezes lhe tem sido atribuído.

Encontrâmos para êste *Coeficiênte* as seguintes médias:

Em 25 casos de sífilis..... $\frac{1}{5,2}$
Em 39 casos sem sífilis ..... $\frac{1}{5,3}$

Vê-se que a diferença é simplesmente despresível; convindo notar, porêm, que nestas médias só devemos atribuír especial valôr à alta do *coeficiente* dos exemplares não sifilíticos.

Pelo que respeita aos casos de sífilis, não podêmos, em bôa verdade, ligar-lhe grande importância, porquanto a maior parte dos exemplares fôram tratados e, como é sabido, o tratamento da sífilis póde impedir por completo as alterações placentares, como afinal todas as outras que costumam complicar a gravidez.

Um facto, porêm, fica assente: é que, só acima de $\frac{1}{5}$, segundo as nossas observações, o *coeficiênte* placento-fetal pode considerar-se patológico.

— Na análise isolada que fizemos dos nossos exemplares, podémos verificar: 1.º) que só aproximadamente em metade dos casos de *coef.* superior a $\frac{1}{5}$ a sífilis estava em causa; 2.º) que em alguns casos de sífilis não tratada o *coef.* de PINARD era inferior a $\frac{1}{5}$, dados êstes muito contraditórios e desconcertantes, como se nota.

Quer dizer, o valôr do coeficiênte de PINARD, como sinál de sífilis provável, parece-nos *muito aleatório e sem confiança clínica apreciável.*

É certo que EDMOND LÉVY-SOLAL num trabalho feito em Paris em 1921 e muito documentado com exemplares da Clínica de BOUDELOCQUE, julgou ter demonstrado que a hipertrofia placentar é, em 55 % dos casos, função da sífilis. Mas, mesmo que assim seja, têmos de confessar que as probabilidades de êrro diagnóstico na interpretação dos coeficiêntes altos vão aproximadamente a 50 % dos casos, o que é muito. Ajunte-se a isto o facto de, em vários casos de sífilis a hipertrofia placentar não se produzir e terêmos de concluir ainda: que *é bem sujeita a êrros clínicos toda a relação que entre a sífilis e o coeficiênte de* PINARD *pretenda estabelecer-se.*

Bibliografia

CHAMBRELENT ET CATALA : — *L'art des accouchements* — T. II — pág. 39.

DEMELIN : — *A propos de la grossesse chez les syphilitiques* — « *Révue Médicale française* » — Out. 1920 — pág. 125.

DOMINGOS Y PLANELL : — *La cuestion social de la sifilis en Obstetricia para el medico general* — « *Revista española de Obstetricia y Ginec.* » — fever. 1920 — pág. 51.

EDMOND LÉVY-SOLAL : — *Contribuition à l'étude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire* — « *Gynec. et Obst.* » — 1921 — T. IV — N.º 2 — pág. 94.

HOCH : — *Contribuition à l'étude de la syphilis dite conceptionnelle* — « *Thése de Paris* » — 1919-1920.

J. ROUTH : — *Antenatal syphilis* — « *The Lancet* » — 12 de jan. de 1918 — pág. 45.

MARCEL PINARD et ED. LÉVY-SOLAL — « *Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux* » — Paris — sessão de 23 de abril 1920.

NOBÉCOURT ET BONNET : — *Réaction de Wassermann et syphilis chez les nourrissons, leurs méres et les femmes en état de gestation* — « *Gyne. et Obst.* » — 1921 — T. III — pág. 295.