

M. CAETANO PEREIRA

O diagnostico precoce da sífilis

Tese de Doutoramento
em medicina na Univer-
sidade de Coimbra :: ::



1920

TIPOG. ANDRADE & TORRES
35, Largo da Terreirinho, 35
LISBOA

CT
5
R

As meus ^{seus} Amos e Colyza,
em testemunho de muita amizade
e consideração

Coimbra 18/3/20 ^{off} Manoel Castanheira

O diagnostico precoce da sífilis

Dr. ...
...
...

18/1/20
...

O diagnostico precoce da sifilis

M. CAETANO PEREIRA

O diagnostico precoce da sífilis

Tese de Doutoramento
em medicina na Univer-
sidade de Coimbra :: ::



RC
HNCF
616
PER

1920
TIPOG. ANDRADE & TORRES
33, Largo do Terreirinho, 33
LISBOA

M. GAETANO PEREIRA

O diagnóstico precoce
da sílila

Tese de Doutoramento
em medicina na Univer-
sidade de Coimbra ::



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



1907
LIMPO, SERRA & TORRES
22, Largo do Terreiro, 42
LISBOA

O diagnostico precoce da sifilis é uma questão de atualidade, uma questão que tem a mais elevada importancia clinica. Não venho apresentar factos ou ideias originais; mas venho apresentar factos e ideias que, embora já ventilados, não teem ainda a applicação clinica generalisada que devem ter.

O diagnostico precoce da sifilis está limitado a alguns clinicos que exercem a sua profissão nos grandes meios, e, como consequencia, aproveita apenas aos doentes que se dirigem a esses clinicos. E' preciso generalisar este diagnostico precoce, pondo os seus beneficios ao alcance de todos os doentes. Venho advogar esta causa; venho procurar contribuir, embora com uma parcela minima, para esta obra que se nos impõe como uma grande necessidade.

Coimbra, 1 de Março de 1920.

A necessidade do diagnóstico precoce

O DIAGNOSTICO PRECOCE

— DO —

ACIDENTE PRIMARIO DA SIFILIS

A necessidade do diagnostico precoce

A precocidade do tratamento da sífilis deve ser considerada um dos pontos fundamentais do tratamento desta afecção. Desde que aparece o primeiro vestígio da lesão primaria, o tratamento deve ser instituído. Entre o aparecimento deste primeiro vestígio e o contacto infetante, já decorreram cerca de vinte dias. Durante este periodo silencioso da infecção, antes de denunciar a sua presença no organismo, no ponto de entrada, o espiroqueta foi invadindo a via linfatica e a corrente circulatoria geral. O primeiro vestígio do acidente primário denuncia-nos uma infecção generalizada. Este primeiro vestígio não é, portanto, um indicador ideal para começar o tratamento. O indicador ideal seria aquele que nos denunciasse a infecção sifilitica antes da sua generalisação; mas enquanto esse indicador não fôr encontrado (e nunca o será), o primeiro vestígio do sífiloma será a melhor indicação de iniciar a terapeutica — a indicação ideal realisavel na pratica.

Temos o direito de esperar desta precocidade de tratamento um progresso consideravel na terapeutica e. na profilaxia da sífilis. A generalisação está feita, é certo; já existem reações de defesa, lesões iniciais, mas lesões minimas que não se manifestam nem subjétivamente, nem ao exame clinico, nem mesmo ao exame serologico. Essas lesões minimas, iniciais, não devem fazer obstaculo á ação dos medicamentos; e, armados com as substancias poderosamente esperilicidas já consagradas pela clinica, nós temos o direito de esperar atingir este velho desideratum: *a esterilisação da sífilis.*

Os primeiros observadores da ação maravilhosa do "606", na cura das lesões cutaneas e mucosas, julgaram ter realizado a "esterilisação magna", e depois sofreram a triste decêção de quem erra; mas hoje, com a poderosa ação do neoarsenobenzol, com os progressos de tecnica desde então realizados e com a *precocidade do tratamento*, nós temos o dever de procurar conseguir sistematicamente a esterilisação da sífilis.

A quasi totalidade dos sífilíticos — pelo menos os da classe pobre — dirige-se ao medico num periodo avançado da infêção. Ao surpreenderem o primeiro vestigio do acidente primario, ou não lhe ligam importancia, ou preocupam-se apenas em fazê-lo cicatrizar, fazendo terapeutica por suas proprias mãos, ou aconselhada por um enfermeiro ou criado de farmacia (quando não é o proprio farmaceutico que se encar-

rega desta missão). Algumas vezes a lesão cicatriza em poucos dias, (com grande aprazimento do seu portador), a roseola passa despercebida, os fenomenos dolorosos são tão ligeiros que não alarmam o doente e, passados anos, estes sifiliticos apresentam-se-nos (muitas vezes depois de terem procreado seres inaptos para a vida) com lesões viscerais graves, ou mesmo irreparaveis. Interrogados, negam completamente, de boa fé, qualquer acidente venereo, e só com muito esforço e muita paciencia chegamos a apurar que houve na verdade uma pequenina lesão que, apesar de aparentemente insignificante, era o acidente primário da sífilis. São estes os casos, tão frequentemente encontrados na clinica, da chamada sífilis ignorada.

Outras vezes a lesão persiste, sobreveem sintomas dolorosos de regular intensidade, aparecem manifestações cutaneas, e é então que o sifilitico se apresenta ao medico, quando já passaram tres, quatro ou mais semanas desde que o acidente primário apareceu. Mas doentes ha que, ou por uma natural preocupação, ou por conhecerem as consequencias duma lesão ainda aparentemente desprezível, procuram o medico desde que a surpreendem.

Acontece, porém, que esta lesão minima, insignificante, não tem ainda caracteres especificos, nem se acompanha dos habituais sinais de generalisação que permitem fazer o diagnostico clinico. O momento é ótimo para iniciar a terapeutica, mas o diagnostico *clinico* é impossivel. O exame não dá indicações decisivas; a reaçao de Wasserman, em regra, não é positiva antes do vigesimo dia; a reaçao de Hecht, mais precoce, só por si não pode fundamentar o diagnostico. Habitualmente, diariamente, o medico manda esperar; manda esperar que a lesão tome caracteres especificos, que os sinais

de generalisação se tornem evidentes. A resolução é pessima. Esperar é permitir que o treponema se multiplique, se instale comodamente nos tecidos e órgãos onde difficilmente será depois atingido; mas na impossibilidade de fazer o diagnostico, essa resolução pessima é a unica que o clinico póde tomar. E' pessimo que uma sífilis intensifique a sua generalisação sob os olhares e responsabilidade do medico; mas perante uma lesão inicial, suspeita de natureza sífilítica, a attitude do clinico só pode ser uma: fazer um diagnostico de *certeza*, e instituir *depois* a terapeutica. A sífilis tem consequencias de tamanha importancia, que o seu diagnostico tem de ser preciso, absolutamente certo.

A difficuldade clinica de diagnosticar o acidente primário da sífilis não se apresenta apenas nos primeiros dias. Aparecem doentes com sífilomas primários de quinze e vinte dias, acompanhados de infecções secundarias que lhes roubam os caracteres especificos: não existe a dureza cartilaginea, mas sim a da inflamação banal; não ha uma escoriação exuberante, de fundo limpo, mas sim uma ulceração profunda, supurante; os ganglios inguinais, em vez de moveis e incolores, são dolorosos, em via de supuração, envolvidos por tecidos inflamados. A solução é esperar; e, frequentemente, passados dias ou semanas, manifestações de generalização aparecem com toda a nitidez, demonstrando que, sob aquelas lesões desfiguradas, existia um acidente primário da sífilis. Como consequencia, o tratamento da sífilis é sempre começado num periodo avançado da generalisação.

Algumas vezes cêrca do vigesimo dia, e quasi sempre mais tarde, o tratamento é instituido com o mercurio e o neoarsenobenzol, e prolongado até alem do desaparecimento de todos os síntomas clinicos. A cura

clínica é obtida, e no entanto a sífilis não está curada; passados mezes, ou mesmo semanas, reaparecem lesões sífilíticas. Daqui a necessidade de submeter todos os sífilíticos a um tratamento repetido, prolongado por varios annos. Este facto é tão geral que não podemos, ainda hoje, afirmar a um sífilítico a sua cura permanente. Nas condições em que o tratamento é feito, ha treponemas que não são atingidos eficazmente pelo medicamento e que, suspenso este, vão tornar-se a fonte de novos contingentes de espirilas, a origem de novas lesões. Desde o momento do contagio até ao começo do tratamento passa-se alguma coisa que coloca alguns espiroquetas em condições de se subtraírem á ação esperilicida do mercurio e á ação espirilicida, incomparavelmente superior, do neoarsenobensol. E' possível que essa alguma coisa sejam as lesões produzidas além dos vasos sanguineos; é possível que, emquanto lançados na corrente circulatoria ou apenas colados á parede interna dos vasos, os agentes espirilicidas possam exercer uma ação totalmente destruidora, verdadeiramente esterilisante, e que, uma vez fóra dos vasos, em pleno tecido parenquimatoso, a ação medicamentosa seja reduzida, insufficiente para realisar a esterilisação. E' possível; mas já possuímos conhecimento de factos demonstrativos de que, no periodo em que o tratamento é habitualmente começado, já existem lesões em tecidos profundos que são incomparavelmente mais resistentes á ação medicamentosa do que ás lesões cutaneas e mucosas que a nossa vista observa.

Com o tratamento metódico, prolongado, embora começado tardiamente (cêrca do vigésimo dia ou mais tarde) conseguimos, em regra, manter a sífilis em silencio. Este resultado é brilhante, indiscutível-

mente. Mas também é indiscutível que, ainda n'esta data de 1920, os estragos devidos á sífilis constituem um grande flagelo. E' impressionante a frequencia com que vemos dar-se os abôrtos de causa sífilítica; é impressionante a frequencia com que vemos homens, no período aureo da vida, permanentemente invalidos por lesões sífilíticas. Este flagelo resulta, em regra, de um tratamento deficiente, curto, cuja responsabilidade pertence ao proprio doente, desprezando as indicações do medico. O sífilítico que se trata regularmente tem todas as probabilidades de evitar as lesões que dão incapacidade; a sífilitada que se trata regularmente, e que se trata durante a gravidez, tem todas as probabilidades de procrear um filho apto para a vida. Mas este tratamento metódico, prolongado por muitos anos, exige uma apreciavel força de vontade, uma apreciavel tenacidade, que muitos não teem. Mesmo doentes ilustrados, inclusivé medicos, conhecendo quanto a sífilis é traiçoeira, conhecendo que durante os seus periodos de absoluto silencio se podem desenvolver lesões viscerais que só se manifestam quando já são irreparaveis, mesmo a estes falta frequentemente a força de vontade necessaria para um tratamento metódico, preventivo.

A clinica sífiligrafica dos nossos dias apresenta-nos, pois, os seguintes factos:

1.º O processo de diagnostico habitualmente seguido em face de uma lesão suspeita de accidente primario da sífilis é o exame clinico e serologico, processo que, em regra, só permite fazer o diagnostico cêrca do vigésimo dia.

2.º O tratamento, como consequencia, começa n'um periodo avançado da infecção.

3.º Apesar da ação poderosamente esperifílica dos

medicamentos que possuímos, não conseguimos a cura da infecção sifilitica; conseguimos apenas mantê-la em estado latente, á custa de um tratamento repetido, prolongado por varios anos.

4.º Um numero consideravel de doentes não têm a fôrça de vontade sufficiente para se submeterem ás regras deste tratamento preventivo.

5.º Os accidentes primários fugazes, que cicatrizam nos primeiros dias, dão frequentemente origem á sifilis ignorada, grave pelas lesões viscerais que pôde ocasionar.

Devemos confessar que, ainda hoje, uma nuvem bem carregada ofusca o brilho da terapeutica anti-sifilitica.

Do facto de não se obter a esterilisação da sifilis derivam, directa e indirectamente, contagios, abôrtos, invalidez, estas tres causas que tornam a sifilis um flagelo social. Mas não poderemos nós, com os recursos que já possuímos, obter a esterilisação? Não conheço factos que documentem sufficientemente uma resposta affirmativa, mas são conhecidos factos que nos autorizam a ter esperanza n'esta possibilidade, factos que nos impõem o dever de procurarmos conseguila, como affirmei nas primeiras linhas desta dissertação. Os recursos átuais permitem-nos tratar a sifilis em condições superiores áquelas em que o tratamento é habitualmente feito.

O diagnostico da sifilis pôde e deve fazer-se desde que apparece o accidente primário, pela investigação do

espiroqueta; como consequencia, podemos instituir o tratamento precocemente. E que vantagens nos poderá trazer a instituição do tratamento no quarto ou quinto dia do acidente primário, sobre a sua instituição no vigesimo ou trigesimo dia? Em primeiro logar ha uma vantagem que se impõe á nossa razão: nunca será racional deixar evolucionar uma infecção, deixar que se multipliquem os agentes que a produzem, para só depois se começar a terapeutica especifica. Em segundo logar ha factos que põem em relevo a grande superioridade do tratamento feito nos *primeiros* dias.

■ Não é indifferente o numero de espiroquetas existentes no organismo quando se começa o tratamento. Quanto maior fôr este numero, maior será a quantidade de endotoxinas postas em liberdade pelos agentes espirilicidas, maior será a aggressão sofrida pelo organismo—agressão que se traduz pelos phenomenos descritos com o nome de reacção de Herxheimer. Estes phenomenos aparecem depois do *vigesimo dia* do sífiloma primário, quando o numero de treponemas é já consideravel, e quando empregamos inicialmente uma dose forte de mercurio ou neoarsenobenzol (o que provoca uma forte destruição de espirilas, uma abundante libertação das suas endotoxinas).

■ Os phenomenos da reacção de Herxheimer umas vezes são benignos, embora ruidosos: elevação brusca da temperatura, algumas horas depois da injecção, náuseas, vomitos, cefaleia, exarcebação das perturbações que o doente já apresentava; mas outras vezes são graves, chegando mesmo a provocar a morte. D'aqui resultou esta regra seguida geralmente na clinica: quando o tratamento é começado depois do vigesimo dia, a terapeutica é instituida, de inicio, de modo a provocar *lentamente* a destruição dos espirilas. Clini-

cos que empregam o mercurio e o neoarsenobenzol, começam por fazer injecções mercuriais e só depois é que empregam o neoarsenobenzol; clinicos que empregam sómente o neoarsenobenzol começam por uma dose muito fraca: dez ou quinze centigramas.

Os fenomenos da reacção de Herxheimer, inclusivamente a sua profilaxia por uma terapeutica inicial fracamente espirilicida, são um facto clinico que põe bem em relevo a superioridade da instituição do tratamento nos *primeiros* dias.

Com o rotulo de "neurofixações" foram publicados (nos "Annalles de Dermatologie et Syphiligraphie", Set. de 1917, pag. 570) os seguintes casos clinicos:

Obs. I—R... X...—Acidente primário contraído em agosto de 1915. Em janeiro de 1916, existindo ainda uma roseola muito profusa, o doente recebe 5 injecções de arsenobenzol (0,20) e duas de neoarsenobenzol (0,30). A erupção desapareceu; mas aparece uma irite e cefalalgia, que não cedem ao tratamento arsenical, nem ao tratamento pelo cianeto Hg. depois instituido. Em pleno tratamento pelo cianeto, aparece uma hemiplegia direita com afasia. Em agosto de 1916 (um ano após a contaminação) apresentava: hemiplegia direita com afasia; cefaleia e vertigens persistentes; perturbações oculares; irido-choroidite em via de regressão, pupila ligeiramente deformada, pouco movel, á direita; nevrite otica, írido-choroidite, com papila edemaciada, acuidade visual nula, á esquerda; R. Wasserman positiva no sangue; alterações do liquido cefaloraquidiano: linfocitose, albuminose e R. W. H. 0, 0, 8.

Obs. II—M... R...—Acidente primário em setembro de 1915. O doente recebe, em pleno periodo

secundário (novembro de 1915) 4 injeções de arsenobenzol (0,20). Ao sair do hospital, continúa a tomar 4 pilulas de protoiodeto Hg. por dia. Em fevereiro de 1916: cefaleia intensa, vertigens e ictus com hemiplegia esquerda; liquido cefalo-raquidiano: pressão aumentada, linfocitose, albuminose, R. W. o, o, 8.

Obs. III — H... D... — Acidente primario em junho de 1915. Em plena roseola, tratamento começado por 2 inj. de arsenobenzol. Em outubro de 1915: cefaleia excessivamente tenaz, depois perturbações oculares. No fim de dezembro, seis meses depois da aparição do sifiloma, aparecem perturbações esfincterianas e perturbações da marcha; instala-se uma paraplegia espasmodica, tornando-se a marcha impossivel. Liquido cefalo-raquidiano: hipertensão muito notavel, linfocitose (300 l. p. mm³) albumina muito aumentada, R. W. H. o, o, 8.

Obs. IV — S... contraíu a sífilis em agosto de 1915. Recebe neste momento 6 inj. de neoarsenobenzol. Em maio de 1916 apresenta sífilidis circinadas; em outubro do mesmo ano: epilepsia jacksoniana; vertigens, movimentos "grimaçantes" da face direita, desvio da cabeça para a direita, tremôr da mão, que se fecha, espasmocidade da perna direita, sensação de formigueliro e de tumefação no lado direito do corpo; entre as crises, perturbações pareticas, exagero dos reflexos rotulianos, trepidação epileptoide, paralisia facial. De 10 a 22 de outubro de 1916, recebeu 2 injeções de neoarsenobenzol de 0,15 e 0,30 e 4 inj. de cianeto Hg. Em dezembro entra progressivamente em estado de torpôr cerebral, sendo impossivel afirmar se se trata de confusão ou de demencia. Liquido cefalo-raquidia-

no : hiperalbuminose, linfocitose muito forte com polinucleares; R. W. no sangue *negativa*. O doente morreu no coma.

Autopsia : adherencias da dura mater, placas serpiginosas branco cinzento, para deante da scisura de Silvius, na parte média da frontal ascendente; a pie-mater adere e arrasta consigo a substancia cortical; placas purulentas ao nivel do chiasma, em torno do cerebello; adherencia do bolbo e do cerebello. Em corte, as placas invadem a espessura da camada cortical, sobretudo ao nivel da zona frontal média e da parietal ascendente; a adherencia na região de Silvius e dos plexos choroideios é tal que, fazendo tração sobre os vasos, arranca-se a substancia cortical.

Estes casos foram descritos com o nome de "neurofixações", esforçando-se os seus autores em os separarem das chamadas "neurorecidivas" e da sifilis nervosa precoce; e ligam-lhe as seguintes ideias :

1.º do lado da propria sifilis, da sua propria virulencia, nada se encontra de caracteristico; deste lado tudo é banal, mas tratava-se sempre de uma sifilis no periodo de roseola ou no começo do periodo secundario.

2.º o doente foi submetido a um tratamento puramente arsenical (arsenobenzol ou neoarsenobenzol), instituido "d'emblée"; ou a um tratamento misto no qual o mercurio não precedeu o arsenico; algumas vezes o tratamento arsenical foi reduzido a um numero restrito de injecções (1, 2, 3).

3.º estes accidentes não se observam quando o tratamento começa antes do vigesimo dia;

4.º parece que todas as hipóteses patogenicas que teem sido invocadas para explicar a reacção de Herxheimer poderiam ser igualmente invocadas para explicar as neurofixações. E concluem :

não se pode tirar destes factos o menor argumento contra o tratamento arsenical da sífilis ; mas as regras de tratamento devem ser modificadas : acidente primário nos primeiros dias, tratamento arsenical "d'emblée" tão precoce quanto possível ; sífilis depois do vigesimo dia ou em pleno periodo secundario, fazer uma *preparação mercurial* antes do tratamento arsenical.

Como já mencionámos, esta regra da *preparação mercurial* é hoje seguida habitualmente na clinica. Também não nos interessa a designação de neuroforeações dada a afecções nervosas sífilíticas que se manifestaram precocemente ; mas interessa-nos o facto em si proprio, o facto de se encontrarem, num periodo muito precoce da sífilis, lesões graves e estensas do tecido nervoso. E interessa-nos, sobre tudo, estas afirmações : "estes accidentes não se observam quando o tratamento começa *antes do vigesimo dia*" (observação, no entanto, que não pode ser aceite sem condições) ; começando o tratamento antes do vigesimo dia, podemos empregar imediatamente o neoarsenoben-zol — o agente espirilicido por excellencia. (*)

Os casos clinicos que vamos transcrever completam a serie de factos que nos *impõem* a necessidade de começarmos o tratamento *muito antes* do vigesimo dia.

O Dr. S. Nicolau (de Bucarest) publicou recente-

(*) Designamos o neoarsenobenzol por ser este, entre os preparados arsenicais, o que está consagrado na pratica clinica.

mente um trabalho sobre as alterações do liquido cefalo-raquidiano na sífilis primaria (Annales de Dermatologie et Syphilographie, julho 1919, pag. 200). Pelo seu grande interesse transcrevemos todas as observações clinicas que documentam esse trabalho.

Observação I—S... H..., 29 anos, entrado no hospital a 18 de janeiro de 1918. Acidente primario no sulco balano-prepucial, com endurecimento cartilagineo, aparecido havia 4 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolente; adenopatia epitrocleana direita; nenhum vestigio de erupção secundaria, cutanea ou mucosa.

Ligeira desigualdade pupilar: P. D. > E.

Primeira punção lombar em 19 de janeiro: liquido claro, pressão moderada; *linfocitose* (9 linfocitos por campo de imersão).

De 21 de janeiro a 28 de fevereiro, o doente recebeu 24 inj. de bilodeto g. (0,02).

Segunda punção lombar em 1 de março: liquido claro, turvando pelo aquecimento; *linfocitose aumentada* (150 elementos celulares p. c. de imersão, com predomínio de pequenos linfocitos, alguns grandes linfocitos e alguns polinucleares).

Na data desta segunda punção o sífiloma estava cicatrizado; nenhuma erupção cutanea ou mucosa tinha ainda aparecido; nada de cefaleia ou outro sintoma clinico nervoso.

Obs. II — T... J..., 24 anos, entrado no hospital em 25 de janeiro de 1918. Acidente primario na face externa do prepucio, repousando sobre um fundo endurecido, aparecido havia 4 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolôr.

Nenhum vestígio de erupção cutânea ou mucosa.
Pupilas iguais.

Primeira punção lombar em 26 de janeiro: líquido claro, pressão moderada; nada de reacção albuminosa; *linfocitose* (8 linf. p. c. de imersão).

Segunda punção lombar em 20 de fevereiro: *linfocitose aumentada* (30 linf. p. c. de imersão). O doente tinha recebido 21 inj. de bilodeto g. (0,02); nenhum vestígio de erupção.

Obs. III — N. . . C. . ., 23 anos, entrado no hospital em 25 de janeiro de 1918. Acidente primario erosivo da face interna do prepucio, com endurecimento pergaminhado, apparecido havia 19 dias.

Adenopatia inguinal dupla, indolôr, e adenopatia epitrocleana esquerda.

Nenhum vestígio de erupção cutânea ou mucosa.
Pupilas iguais.

Primeira punção lombar em 26 de janeiro: líquido cefalo-raquidiano claro, pressão moderada, sem reacção albuminosa; *linfocitose* (7 linf. p. campo de im.).

Segunda punção lombar em 20 de fevereiro: *linfocitose aumentada* (50 linf. p. c. de im.). O doente tinha recebido 31 inj. de bilodeto Hg.; nenhuma erupção cutânea ou mucosa tinha apparecido.

Obs. IV — B. . . C. . ., 40 anos, entrado no hospital em 10 de março de 1918. Acidente primario no sulco balano-prepucial, com endurecimento cartilagineo, tendo apparecido havia 3 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolôr.

Nenhum vestígio de erupção secundaria.

Pupilas iguais.

Primeira punção lombar em 11 de março: líquido

claro, pressão fraca, sem reação albuminosa; *linfocitose* (11 linf. p. c. de im.).

Não foi feita segunda punção lombar.

Obs. V—C... S..., 44 anos, entrado no hospital em 2 de fevereiro de 1918. Acidente primario duplo, com endurecimento caracteristico, um de cada lado do sulco balano-prepucial, tendo aparecido havia 5 semanas.

Adenopatia inguinal dupla.

Nenhum vestigio de erupção cutanea ou mucosa.

Ligeira desigualdade pupilar: P. Dr. > E.

Primeira punção lombar em 3 de fevereiro: liquido claro, pressão moderada, sem reação albuminosa; *linfocitose* (12 linf. p. c. de im.).

Segunda punção lombar em 12 de março: *linfocitose aumentada* (32 peq. linf., 5 grandes linf. e 4 celulas de aspéto endotelial, p. c. de im.). O doente tinha recebido 25 inj. de bilodeto Hg. (0,02); as lesões primarias tinham cicatrizado; nenhuma erupção tinha aparecido.

Obs. VI—F... D..., 25 anos, entrado no hospital em 23 de abril de 1918. Acidentes primarios multiplos: um sobre o lado direito do sulco balano prepucial, com endurecimento cartilagineo; um segundo sobre o lado direito do freio, com endurecimento pergaminhado e tipo erosivo; o terceiro, na parte direita da base do escroto. Aparecimento destas lesões havia 23 dias.

Adenopatia inguinal dupla, indolôr.

Nenhum vestigio de erupção.

Pupilas iguais.

Punção lombar em 24 de abril; liquido claro, pressão moderada, sem reacção albuminosa; *linfocitose* (14 linf. p. c. de im.).

Não foi feita segunda punção lombar.

Obs. VII — V... J... , 36 anos, entrado no hospital em 6 de março de 1918. Acidente primario duplo, um ao lado do outro, na parte esquerda do sulco balano-prepucial, tendo aparecido havia 37 dias.

Adenopatia inguinal, indolôr.

Nenhum vestigio de erupção.

Pupilas iguais.

Primeira punção lombar em 6 de março: liquido claro, pressão forte, sem reacção albuminosa; *linfocitose* (10 linf. p. c. de im.).

Segunda punção lombar em 10 de abril: *a linfocitose havia desaparecido* (1 a 2 linf. p. c. de im.). O doente tinha recebido 25 inj. de bilodeto Hg. (0,02).

Nenhuma erupção tinha aparecido.

Obs. VIII — C... T... , 26 anos, entrado no hospital em 10 de março de 1919. Acidente primario duplo: um sobre o lado esquerdo do sulco balano-prepucial, com base fortemente endurecida, o outro na parte direita da face interna do prepucio, de tipo erusivo, com endurecimento foliaceo; aparecimento havia 5 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolôr.

Nenhum vestigio de erupção secundaria.

Pupilas iguais.

Primeira punção lombar em 10 de março: liquido claro, pressão moderada, sem reacção albuminosa; *linfocitose* (8 linf. p. c. de im.).

Segunda punção lombar em 20 de março: ligeiro aumento da linfocitose (22 linf. p. c. de im.). O doente não tinha recebido tratamento; a roseola apareceu nesta data.

Obs. IX — C... B... , 24 anos, entrado no hospital

em 20 de fevereiro de 1918. Apresentava uma lesão erosiva, arredondada, infiltrada, situada no sulco balano prepucial, tendo o aspecto de um sífiloma primario no começo; aparecimento havia 8 dias.

Adenopatia inguinal dupla, pouco desenvolvida.

Nenhum vestigio de erupção secundaria.

Pupilas iguais.

Primeira punção lombar em 20 de fevereiro: liquido claro, pressão normal, sem reação albuminosa, *nada de linfocitose* (1 a 2 linf. p. c. de im.).

Não foi instituido tratamento.

Em 8 de março: a erosão mais estensa; as adenopatias inguinais mais desenvolvidas; ausencia de erupção; desigualdade pupilar.

Segunda punção lombar: *linfocitose* (18 peq. linfocitos p. c. de im. e alguns grandes mononucleares).

Obs. X.—B... J..., 26 anos, entrado no hospital em 13 de fevereiro de 1918. Acidente primario no sulco balano-prepucial, com forte endurecimento, aparecido havia 5 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolor; adenopatia epitrocleana.

Nenhum vestigio de erupção secundaria.

Ligeira desigualdade pupilar; P. E. > Dr.

Primeira punção lombar em 13 de fevereiro; liquido claro, sem pressão, sem reação albuminosa; *linfocitose* (22 linf. p. c. de im.).

Segunda punção lombar em 16 de março; *linfocitose* ligeiramente diminuida (19 linf. p. c. de im.). O doente tinha recebido 25 inj. de bilodeto. O acidente primario tinha cicatrizado; nenhuma erupção tinha ainda aparecido.

Obs. XI—P... J..., 26 anos, entrado no hospital em 27 de fevereiro de 1918. Acidente primario na raiz do penis, em via de cicatrização, tendo aparecido havia 5 semanas.

Adenopatia inguinal dupla.

Nenhum vestigio de erupção secundaria.

Pupilas iguais.

Punção lombar em 17 de fevereiro: liquido claro, pressão moderada, sem reação albuminosa; *linfocitose* (24 peq. linf. p. c. de im.).

Não foi feita segunda função lombar.

Obs. XII—S... A..., 25 anos, entrado no hospital em 9 de fevereiro de 1918. Acidente primario no sulco balano-prepucial, com endurecimento caracteristico, aparecido havia 3 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolôr.

Nenhum vestigio de erupção secundaria.

Pupilas iguais.

Primeira punção lombar em 10 de fevereiro: liquido claro, pressão moderada, sem reação albuminosa; *linfocitose* (26 linf. p. c. de im.).

Não foi instituido tratamento.

Em 17 de março o doente volta ao hospital com sifilides papulosas confluentes, aparecidas desde duas semanas; adenopatias multiplas; ligeira desigualdade pupilar: P. Dr. > E.

O doente recebe 25 inj. intra-musculares de oxy-cianeto Hg.; a erupção desaparece; é feita segunda punção em 20 de abril: *linfocitose diminuida* (10 linf. p. c. im.).

Obs. XIII—D... N..., 30 anos, entrado no hospital em 17 de fevereiro de 1918. Acidente primario na

face superior da glândea, com endurecimento pergaminhado, aparecido havia 3 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolôr.

Nenhum vestígio de erupção secundária.

Desigualdade pupilar: P. Dr. > E. — *Obs. XVI*

Primeira punção lombar em 17 de fevereiro: líquido claro, pressão forte, albumina ligeiramente aumentada; *linfocitose* (31 linf. p. c. de im.).

Segunda punção em 19 de março: *linfocitose diminuída* (16 linf. p. c. de im.).

O doente tinha recebido 25 inj. de biôdeto Hg.; nenhuma erupção tinha aparecido.

Obs. XIV — A... N..., 38 anos, entrado no hospital em 14 de fevereiro de 1918. Acidente primário na face interna do prepúcio, com endurecimento característico, aparecido havia 3 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolôr.

Nenhum vestígio de erupção secundária.

Ligeira desigualdade pupilar; P. Dr. > E.

Punção lombar em 14 de fevereiro: líquido claro, pressão forte, albumina ligeiramente aumentada; *linfocitose* (39 linf. p. c. de im.).

Não foi feita segunda punção.

Obs. XV — I... C..., 41 anos, entrado no hospital em 21 de fevereiro de 1918. Acidente primário no sulco balano prepucial, com grande endurecimento, aparecido havia 4 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolor, adenopatia mastoideia.

Nenhum vestígio de erupção secundária.

Ligeira desigualdade pupilar: P. Dr. > E. *Obs.*

Punção lombar em 22 de fevereiro: líquido claro,

com pressão, albumina ligeiramente aumentada; *linfocitose* (40 linf. p. c. de im.).

Não foi feita segunda punção.

Obs. XVI—A... B..., 25 anos, entrado no hospital em 23 de janeiro de 1918, com uma blenorragia aguda. Oito dias depois apareceram duas pequenas lesões erosivas no lado esquerdo do prepucio.

Em 14 de fevereiro: as duas lesões tinham o aspecto de sífiloma primario; adenopatia inguinal dupla, indolor; nenhum vestígio de erupção secundaria. Primeira punção lombar (14 de fevereiro): liquido claro, pressão moderada, sem reação albuminosa; *linfocitose* (12 linf. p. c. de im.).

Segunda punção lombar em 22 de fevereiro; *linfocitose* (54 linf. p. c. de im.; algumas células de tipo endotelial.

Não tinha sido instituido tratamento.

Tinha aparecido desigualdade pupilar: P. Dr. 7 E.

Obs. XVII—B... S..., 27 anos, entrado no hospital em 1 de março de 1918—Acidente primario multiplo; um ao nivel do freio, tres ocupando a parte direita do sulco balano-prepucial, tendo aparecido havia 3 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolor.

Nenhum vestígio de erupção secundaria.

Desigualdade pupilar: P. Dr. > E.

Punção lombar 1 de março: liquido claro, saindo com pressão; albumina ligeiramente aumentada; *linfocitose* (57 linf. p. c. de im.)

Obs. XVIII—N... R..., 25 anos, entrado no hospital em 1 de Fevereiro de 1918. Acidente primario

no sulco balano-prepucial com base endurecida, aparecido havia 3 semanas.

Adenopatia inguinal dupla, indolor.

Nenhum vestígio de erupção secundária.

Desigualdade pupilar: P. Dr. 7 E.

Punção lombar em 22 de fevereiro: líquido claro, forte pressão, albumina ligeiramente aumentada; *linfocitose* (60 linf. p. c. de im.).

Não foi feita segunda punção lombar.

Estes 18 casos de alterações do líquido cefalo-raquí-diano denunciando a infecção das meninges foram encontrados em 51 doentes submetidos a este exame. Nestes 51 doentes com sífilis primária (ainda assim chamada) cerca de *dois terços* estavam atingidos de meningite sífilítica latente, pois nenhum apresentava sintomas clínicos que a denunciassessem.

Esta meningite sífilítica latente foi encontrada no vigésimo primeiro dia ou depois—porque, em regra, foi nesta data que os doentes se apresentaram á consulta.

Uma vez (obs. IX), a punção feita ao oitavo dia revelou um líquido normal; e feita, no mesmo doente, ao vigésimo quarto dia do acidente primário, revelou a infecção das meninges.

Outra vez (Obs. XVI), a punção feita no *decimo quinto* dia já revelou linfocitose (12 linfocitos), e feita, no mesmo doente, ao vigésimo segundo dia, a linfocitose tinha aumentado consideravelmente (52 linfocitos). O conhecimento da data do aparecimento da linfocitose tem um grande valôr. A Obs. IX mostra-nos, ao *oitavo dia*, um líquido normal, que se apresenta depois alterado ao vigésimo quarto dia.

Lerede, examinando o L. C. de 22 doentes no pe-

riodo primario da sífilis (*), encontrou uma meningite latente ao decimo quinto dia; não a encontrou em doentes observados no terceiro, quinto e decimo dia. Entre esses 22 doentes só 3 apresentaram a reacção meningea. Em 20 doentes examinados no fim do periodo primario e comêço do periodo secundario, 7 apresentavam a meningite sífilítica latente.

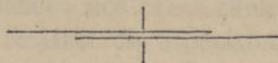
Parece, pois, que a meningite sífilítica não se denuncia antes do decimo dia.

Não conhecemos qual o periodo que decorre entre a infecção das meninges e o aparecimento da linfocitose; mas embora decorram poucos dias, fica de pé este facto: *a infecção do sistema nervoso faz-se pelo menos nos primeiros dias do accidente primario da sífilis.*

E' muito elucidativa a acção do tratamento sobre esta meningite latente: uma vez houve desaparecimento da linfocitose (Obs. VII); cinco vezes houve aumento da linfocitose, apesar de um tratamento que conseguiu evitar o aparecimento da roseola e dos sintomas sub-jéctivos da generalisação; três vezes houve apenas ligeira diminuição da linfocitose e nos outros casos não foi verificada a acção do tratamento. Estes casos revelam bem quanto a meningite sífilítica é resistente á acção do tratamento. E não é apenas com o mercurio que esta resistencia se manifesta. Lerede, que trata sistematicamente os seus doentes só pelo «914», reconheceu que a *meningite sífilítica latente é rebelde desde o seu inicio.*

(*) Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, n.ºs 5 e 6 (1919) pag. 246.

Parece-me ter pôsto bem em evidencia uma serie de factos clinicos que nos patenteiam as vantagens, ou melhor, que nos *impõem a necessidade* de instituirmos o tratamento anti-sifilitico *desde que aparece o acidente primario*: o *decimo quinto dia* ou *vigesimo dia* são já *uma epoca tardia para iniciar o tratamento*.



Para fins de referência bem como evidenciar a importância de
tais estudos que nos permitem as vantagens de
nossa que nos ajudam a estabelecer os fundamentos
e tratamos em linhas gerais dos aspectos e os
principais e de fato para os estudos de
uma forma geral para a prática e a teoria.



II

O valor diagnóstico da investigação do treponema palida ao ultramicroscopio

Desde a descoberta do treponema, em 1905, o diagnóstico bacteriológico da sífilis ficou á disposição da clinica. Os manuais de sifilografia falam-nos deste processo de diagnóstico; nos casos clinicos descritos recentemente em revistas da especialidade, o diagnóstico do acidente primario é documentado frequentemente com este sintoma: «investigação do espiroqueta, positivo»; ha clinicos (que se dedicam á especialidade) que possuem no seu consultorio um ultra-microscopio, para esta investigação; no estrangeiro fazem-se cursos de diagnóstico bacteriológico da sífilis. Em Portugal, não é do meu conhecimento que se tenham educado as ultimas gerações medicas no sentido de utilizarem as vantagens que este processo de diagnóstico nos dá.

Convicto da necessidade de fazer o diagnóstico *verdadeiramente precoce* da sífilis, o que o exame clinico não permite, e desconhecendo por experiencia propria o valor pratico da investigação do espiroqueta (isto é, desconhecendo a frequencia e a facilidade, ou

dificuldade, com que o ultramicroscopio no-lo revela) propuz-me fazer essa investigação. Todo o meu interesse consistia em fazer o diagnostico pela investigação do espiroqueta nos casos em que o exame clinico e a R. Wasserman ainda não o permitem; e consistia, muito especialmente, em verificar o valor desta investigação nos sifilomas dos *primeiros* dias. Tive de lutar com uma dificuldade invencivel: a falta de doentes no periodo verdadeiramente precoce do sifiloma.

De 3 de novembro (1919) a 16 de fevereiro (1920) observei e inscrevi na Consulta Externa de Sifilis do Hospital Escolar de Lisboa, 148 homens que se dirigiram, pela primeira vez, áquella consulta. Destes 148 homens, 59 apresentavam o sifiloma primario em evolução ou recentemente cicatrizado; e destes 59, sómente 2 apresentavam um acidente primario dos primeiros dias: um ao terceiro dia, outro ao quinto dia.

No mesmo periodo, foram observados e inscritos naquella Consulta mais 160 homens, 46 dos quais apresentavam o sifiloma em evolução ou recentemente cicatrizado; e, destes 46, só 1 appareceu num periodo que ainda pode ser considerado precoce: o oitavo dia. Não tive conhecimento deste caso, quando se dirigiu á consulta, razão por que não procedi á investigação. Num total de 105 homens portadores de acidente primario da sifilis (em evolução ou recentemente cicatrizado), houve 3 que procuraram o clinico nos primeiros dias.

De 1 de novembro de 1919 a 21 de fevereiro de 1920 observei e inscrevi na mesma Consulta 95 mulheres que se dirigiam ali pela primeira vez. Destas 95 mulheres, só 2 apresentavam o acidente primario, cuja séde, em ambas, era o labio superior: um, tendo

aparecido havia 15 dias; o outro, tendo aparecido havia um mez.

No mesmo periodo e Consulta foram inscritas mais 89 mulheres. Destas, só 1 apresentava o acidente primario, com séde genital, tendo aparecido havia mais de um mez. Num total de 148 mulheres, só 3 apresentavam o acidente primario, e num periodo já tardio; todas as outras se encontravam num periodo bastante avançado da generalisação da sífilis. Só os sintomas ruidosos é que levam as sífilisadas a procurar o tratamento.

Não é só entre nós que os sífilisados se dirigem ao medico tardiamente. Nos casos de S. Nicolau, anteriormente descritos, quasi sempre os doentes se apresentaram cêrca do vigesimo dia, ou mais tarde; Lerede, numa comunicação feita á Société de Dermatologie et Syphiligraphie, em 10 de julho de 1919, comunicação intitulada «a esterilisação da sífilis no periodo inicial e o exame do liquido cefalo-raquidiano», apresentou 42 doentes que começaram o tratamento sob a sua direção. Entre estes 42 doentes, sómente 2 se encontravam no periodo precoce: um ao terceiro dia, outro ao quinto dia do acidente primario.

Em tais condições, contento-me com os dois casos que pude observar.

Fiz a investigação do espiroqueta ao ultramicroscopio, no Instituto Bacteriologico Camara Pestana. Segui a tecnica habitual, extremamente simples:

1.º Lavar muito bem a ulceração com algodão imbebido em eter de petroleo, ou em cloreto de sodio, fa-

zendo pressão, para provocar o escoamento de serosidade.

2.º Aspirar esta serosidade (servi-me da pipeta Pasteur) e depositar uma gota na lamina de vidro; cobrir com lamela, e examinar ao ultra-microscopio com lente de imersão.

O espiroqueta aparece-nos com a sua forma característica, alongada, em forma de saca-rôlhas, com movimentos muito átivos, segundo o eixo longitudinal do corpo.

*

Obs. I—C... D..., 31 anos, empregado de farmacia. Observei-o em 16 de janeiro de 1920. Apresentava uma pequenina ulceração arredondada junto do freio, á direita, tendo aparecido havia 3 dias; o fundo da ulceração recoberto por exsudato; não apresentava endurecimento.

Não se palpavam ganglios inguinais, nem outros.

Não havia fenomenos dolorosos, nem vestigios de erupção cutanea ou mucosa.

Nesse mesmo dia, exame ao ultramicroscopio: *resultado positivo*.

Fiz a declaração do diagnostico e aconselhei ao doente que fosse receber tratamento no dia immediato, porque aquella *ferida insignificante era um cancro duro no inicio*. Passaram-se dias e o doente não aparecia.

No dia 16 de fevereiro — exátamente um mez depois do exame — o doente voltou á consulta: apresentava uma ulceração, com a séde já descrita, com base endurecida; edêma do prepucio; adenopatia inguinal dupla, mais volumosa á esquerda; adenopatia mastoideia; cefaleia intensa.

Nenhum vestígio de erupção cutânea ou mucosa.
O doente foi submetido ao tratamento pelo ol. cinzento e «914».

Obs. II — V... J... N..., 18 anos, construtor naval. Observei-o em 6 de fevereiro de 1920.

Apresentava uma ulceração arredondada no sulco balano-prepucial, tendo aparecido havia 5 dias, sem dureza característica e com fundo purulento. Adenopatia inguinal dupla, muito dolorosa; palpava-se um muito pequenino ganglio epitrocleano, á direita.

Nenhum vestígio de erupção cutânea ou mucosa.

Nesse mesmo dia, exame ao ultra-microscopio: *resultado positivo*.

O doente foi submetido ao tratamento pelo ol. cinzento e «914».

Obs. III — C... C... S..., 18 anos, observado e inscrito em 2 de janeiro de 1920. Apresentava uma ulceração na palpebra inferior esquerda, tendo aparecido havia 15 dias. Era indolor, endurecida nos bordos e na base, com fundo de granulação vermelha, adenopatia preauricular e adenopatias cervicais. Investigação do espiroqueta (feita no I. B. Camara Pestana, pelo dr. Pereira da Silva): *positiva*.

O doente foi submetido ao tratamento pelo ol. cinzento e «914».

Obs. IV — E... G..., 27 anos, engomadeira. Observei-a em 14 de fevereiro de 1920. Apresentava uma ulceração no labio superior, coberta por uma crôsta com dureza característica, tendo aparecido havia 2 semanas; adenopatia submaxilar muito volumosa; cefaleia intensa desde 4 ou 5 dias.

Exame ao ultra-microscopio: *resultado positivo*.

Foi submetida ao tratamento pelo ol. cinzento e «914».

O medico X... surpreende uma lesão no angulo interno do olho direito. Procura um oftalmologista, que *suspeita* de um acidente primario da sífilis, mas não ousando afirmar o diagnostico; procura em seguida um sifiligráfico que julga, com *grandes probabilidades*, tratar-se do acidente primario; no entanto, bastava uma pequena duvida para que, n'um diagnostico de tal responsabilidade, a consciencia não ficasse tranquila. Fez-se imediatamente a investigação ao ultra-microscopio: resultado positivo.

Com um intuito meramente especulativo, fiz a investigação do treponema em muitos doentes cujo acidente primario, datando de algumas semanas, já possuia caracteres que impunham o diagnostico. Na maior parte destes casos o resultado foi negativo, apesar de repetidas observações durante algumas horas; nos poucos casos em que o resultado foi positivo, os treponemas eram muito raros.

Quem ajuisasse do valor da investigação ao ultra-microscopio, pelos exames feitos em doentes cujo acidente primario data de algumas semanas, consideraria este processo destituido de valor, pela grande percentagem dos casos negativos e pelo muito tempo gasto no exame dos poucos casos positivos. Mas cometeria um erro grosseiro. O grande valor do exame ao ultra-microscopio está limitado aos primeiros dias do acidente — a este periodo em que nenhum outro processo usual permite

afirmar o diagnostico. Ora é exatamete nestes primeiros dias que os espiroquetas aparecem abundantemente no fundo escuro do ultra. Nas observações I e II (3.º e 5.º dias), encontrei treponemas em todas as laminas e em todos os campos do ultra-microscopio: o diagnostico fez-se em poucos minutos. Já na observação IV (15.º dia), os treponemas eram extremamente raros. Quando o doente da observação I me appareceu pela segunda vez — ao 33.º dia do accidente primario — fiz immediatamente uma nova investigação: treponemas *muito raros* (em seis laminas examinadas, só numa obtive resultado positivo).

Um espirito severamente critico poderá negar-me o direito de tirar conclusões sobre o valôr da investigação nos primeiros dias, visto ter apenas dois casos da minha observação pessoal. Mas eu lançaria á margem essa severidade critica, e continuaria com esta convicção:

A investigação do treponema ao ultra-microscopio, nos primeiros dias do sifiloma, é um processo de diagnostico preciosissimo, porque permite afirmar o diagnostico desde que aparecem os primeiros vestigios, e permite fazê-lo com extrema facilidade.

Mas surge uma outra questão de mui elevada importancia: o diagnostico precoce, mesmo que todos os clinicos se proponham utiliza-lo, aproveita poucos doentes, porque só excêcionalmente procuram o clinico nos primeiros dias. Isto succede hoje, em toda a parte, e succederá sempre, enquanto uma intensa campanha de educação não modificar o espirito dos candidatos ao contagio venereo; (candidatos ao contagio venereo são todos

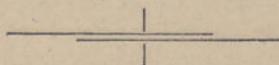
os que se entregam a relações ilícitas, ou a relações sexuais lícitas com um conjuge infétado). O doente só procura o clinico quando ha uma causa que o impressiona, que o faz recear pela sua saude. Ora durante as primeiras semanas, e muito especialmente durante os primeiros dias, o acidente primario da sífilis, não despertando o minimo sintoma doloroso, a minima perturbação subjétiva, não alarma o seu portador. Para que os sífilisados, na sua generalidade, procurem tratar-se nos primeiros dias, é preciso conhecerem quais as consequências da sífilis para si proprios e para a descendencia; é preciso conhecerem a absoluta necessidade de tratar a sífilis logo nos primeiros dias do seu aparecimento; e é preciso conhecerem que toda a lesão genital sobrevindo espontaneamente depois de relações suspeitas, e toda a lesão da face sobrevindo espontaneamente depois de beijos suspeitos, pode ser o primeiro sintoma de uma lesão sífilítica: é indispensavel proceder imediatamente ao diagnostico.

Isto ainda não basta. Outra condição é necessaria para o bom aproveitamento dos recursos que possuímos contra a sífilis: é a fundação de dispensarios para o tratamento gratuito dos doentes pobres. O tratamento é oneroso, inacessivel a muitos sífilisados. O internamento nos hospitais apenas se faz, e apenas se deve fazer, quando o sífilisado se encontre na impossibilidade de desempenhar a sua profissão, e em certos casos especiais. Sem dispensarios antisifilíticos, dotados de ultramicroscopios para o diagnostico precoce, com assistencia medica gratuita, e assistencia medicamentosa, pelo menos parcial, não pode pensar-se a *serio* em atacar o *flagelo social* resultante da sífilis.

A instituição de dispensarios antisifilíticos, em todas as nossas cidades e vilas, é uma obra em que devem

empenhar-se os clínicos e todos aqueles que, pela sua situação social, têm o dever de se interessar pelo bem publico. Com o neoarsenobenzol e o ol. cinzento, o sifilitico pode tratar-se indo ao dispensario apenas uma vez por semana; e feitas as injecções á noite, os doentes da localidade podem tratar-se sem perda de meio dia de trabalho.

O diagnostico precoce, tornando possivel a precocidade de tratamento, pode transformar profundamente a gravidade atual da sifilis. Aproveitemos este recurso; completemos a nossa tarefa de clínicos empreendendo a obra de educação e assistencia necessarias para o bom aproveitamento dos poderosos meios que, contra a sifilis, a ciência medica poz á nossa disposição.



Necessidade do diagnóstico precoce
da sífilis nervosa

O DIAGNOSTICO PRECOCE

— DA —

SIFILIS NERVOSA

III

Necessidade do diagnostico precoce da sífilis nervosa

Os portadores de sífilis nervosa apresentam-se ao clinico em duas condições essencialmente diferentes:

doentes portadores de perturbações nervosas que têm a sífilis como causa;

doentes portadores de sífilis cutaneo-mucosa, e ao mesmo tempo portadores de sífilis nervosa *latente* — sífilis nervosa que não dá ainda perturbações funcionais, que não se revela ao clinico nem ao doente.

A conduta do clinico perante os doentes da primeira categoria está perfeitamente definida desde velha data. E' velho o conhecimento do vasto papel que a sífilis desempenha na iteologia das aféções nervosas, quer no campo da neurologia quer no campo da psiquiatria.

Diagnosticar a paralisia geral e o tabes é diagnosticar implicitamente uma doença de causa sífilitica. Não sucede o mesmo com as outras aféções do sistema nervoso produzidas pela sífilis: diagnosticada a entidade nosologica, é indispensavel diagnosticar a

causa; e é esta investigação que revelará, muitas vezes, uma causa sífilítica.

Nem sempre os doentes desta categoria se apresentam ao medico com um syndroma clinicamente definido. Uma ligeira e caprichosa dificuldade de micção; umas dores instantaneas; perturbações subjéctivas da sensibilidade; sensação de fadiga nos membros inferiores depois de uns minutos de marcha; um estado neurasténico, ou melancólico, ou de expansividade: muitas vezes uma destas perturbações é o unico grito de alarme (para o doente) de uma mielite sífilítica, um tabes, uma paralisia geral. Um exame clinico minucioso, a punção lombar, permitem revelar a afecção no inicio das suas perturbações funcionais. Nesta primeira categoria de doentes apresenta-se frequentemente a questão do diagnostico clinico precoce da sífilis nervosa; mas não é o diagnostico *clinico* precoce que nos propomos tratar. O que nos interessa, nesta dissertação, é o diagnostico da sífilis nervosa latente, da sífilis nervosa na sua fase de absoluto silencio.

A mais persuasiva das linguagens é, indiscutivelmente, a linguagem dos factos; por isso começo por descrever alguns dos casos clinicos de sífilis nervosa que tive occasião de observar:

Obs. I—A... J... M..., de 39 anos, alfaiate, é um doente portador de sífilis cerebral.

Teve accidentes venereos aos 18 anos (uretrite, adenite inguinal, ulcerações no penis).

Não recebeu tratamento anti-sifilitico.

Em 22 de julho de 1919 (22 anos apoz os accidentes venereos) teve uma crise gastrica: estado intensamente nauseoso e vomitos. Dias depois foi inscrito na Consulta de Sifilis do Hospital Escolar de Lisboa (n.º 6:600) onde começou a receber tratamento (cianeto Hg.).

Observei-o, pela primeira vez, em 2-XII-919, no serviço de neurologia do H. E. L., para onde entrára havia 2 meses: apresentava grande astenia psiquica, respondendo com grande dificuldade e desinteresse ás nossas perguntas; hemiplegia esquerda, cefaleia intensa e dores nos membros paralisados, dores continuas que não lhe permitiam dormir; paralisia do grande hipoglossos esquerdo (hemiatrofia da lingua com projecção da ponta para o lado esquerdo); parésia do oculomotor externo direito; perturbações da deglutição; incontinencia de urinas. Tratamento pelo cianeto Hg. e neoarsenobenzol.

Em principio de março de 1920, o estado do doente continua a agravar-se lentamente.

Obs. II—J... J... G..., de 32 anos, chauffeur, é um doente portador de mielite sifilitica.

Acidente primario da sifilis em meados de dezembro de 1912. Começou a tratar-se em meados de março de 1913, na Consulta de Sifilis do H. E. L., onde ficou inscrito com o n.º 1:518. Apresentava sifilides papulosas descamativas, placas na lingua e gengiva inferior, cefaleia com paroxismos noturnos, astenia acentuada. Wasserman positiva. Tratamento pelo «606» (2 inj.) com desaparecimento rapido das manifestações: o tratamento foi suspenso. Passados 4 me-

zes, reaparecimento de placas na bôca e rouquidão. Repetição do tratamento pelo «606» com desaparecimento total de todas as manifestações (*visíveis e sentidas*). Em 8 de novembro do mesmo ano (dois meses apoz a ultima injecção de «606»), sente dificuldade na marcha, principalmente na perna esquerda. No dia 9 a marcha torna-se impossivel, por paraplegia, e sobrevem incontinencia de urinas. Entrou imediatamente no H. E. L.; tratamento pelo neoarsenobenzol e Vivisina.

Observei-o, pela primeira vez, em 26-XI-919. Apresentava atrofia muscular dos membros inferiores, muito acentuada; reflexos aquilianos e rotulianos muito vivos; clonus do pé e da rotula; sinal de Babinsky positivo, bilateral; sensibilidade conservada, a todos os modos; incontinencia de urinas só durante o sôno; algumas vezes vontade imperiosa de urinar

Resultado do tratamento em 6 anos (além do cianeto Hg. e neoarsenobenzol tambem recebeu injecções intravenosas de iodeto de sodio): depois de alguns anos de impossibilidade completa da marcha, já consegue andar de muletas; depois de um longo periodo de incontinencia permanente de urinas, esta sómente existe durante o sôno.

Em principio de março de 1920 o estado do doente continua o mesmo.

Obs. III. — A... J... B..., de 43 anos, refinador, é outro doente portador de mielite sifilitica.

Acidente primario da sífilis em dezembro de 1913; inicio do tratamento três meses depois (apresentava sífilides cutaneas generalizadas, cefaleia e dores reumatoides). Recebeu uma inj. de neoarsenobenzol e uma inj. de ol. cinzento. Suspendeu o tratamento antes do desaparecimento total das manifestações. Em

maio (1914) recebeu mais 3 inj. de neoarsenobenzol e 6 inj. intra-musculares de sal sul. de Hg.: desaparecimento de todas as manifestações (*visíveis e sentidas*).

Passou dois anos em estado de perfeita saúde.

Em princípios de 1916: sensação de formigueiro nos dedos dos pés e das mãos; as pernas começam a fraquejar, obrigando-o a parar pouco a pouco (são estas, em regra, as primeiras manifestações acalurdadas pelos portadores da mielite crônica. Durante 7 meses é submetido a tratamento elétrico, banhos quentes e algumas fricções de pomada mercurial (na província); o seu estado agrava-se progressivamente. Resolve dar entrada ao hospital (H. C. L.). A marcha era fortemente espástica, mas conseguia andar sem apoio; não havia perturbações dos esfíncteres anal e vesical (isto passa-se em fins de setembro de 1916). Em março de 1917 a marcha torna-se impossível e surgem perturbações vesicais, vontade imperiosa de urinar, no estado de vigília; incontinência, durante o sono.

Análise do líquido cefalo-raquidiano:
albumina — bastante aumentada; linfocitose — 104 linf. p. mm³.

Observei-o, pela primeira vez, em novembro de 1919: paraplegia esparmodica dos membros inferiores, tornando a marcha completamente impossível; vontade imperiosa de micção e constipação rebelde; reflexos aquilianos e rotulianos muito vivos; clonus do pé e da rotula; reflexos radiais e tricipitais muito vivos; reflexos cremasterianos e abdominais abolidos; perturbações da sensibilidade nos membros inferiores e no tronco, até 2.º espaço intercostal: hipoestria muito acentuada a todos os modos.

Tratamento pelo cianeto Hg., neoarsenobenzol e injecções intervenosas de iodeto de sodio.

Resultado terapeutico, em três anos: nulo.

Estes três casos mostram-nos:

a manifestação brusca das lesões sifiliticas, do cerebro e da medula;

a gravidade destas lesões, extremamente rebeldes a uma terapeutica intensiva.

São numerosos os casos de tabes e paralisia geral que o tratamento nem ao menos consegue deter na sua marcha; e de toda e parte nos chegamos descrições de casos de sífilis do cerebro e da medula, em que o tratamento é quasi ineficaz.

Se ha casos de sífilis nervosa em que o resultado terapeutico é brilhante, a existencia dos numerosos casos "maus" justifica plenamente esta asserção: a sífilis do cerebro e da medula é, ainda hoje, extremamente grave.

Ao lado desta série de casos fatais, ha outra série de casos brilhantes; no entanto, neste campo das afecções nervosas, o brilhantismo é apenas relativo.

Obs. IV.—J... F... G... de 27 anos, camponez é um portador de mielite sifilitica.

Teve o acidente primário da sífilis em outubro de 1913. Em janeiro de 1914, tendo recebido quatro injecções intramusculares de sal sol. de Hg., o acidente primário persistia, acompanhado de sífilides cutaneas generalisadas. Recebeu 2 inj. de "606" desaparecendo rapidamente todas as manifestações (*visiveis e sentidas*). Tratamento suspenso. Em maio de 1917: constipação rebelde; fadiga facil nos membros inferiores; ligeira incontinencia de urinas; sensação de formigueiro nos membros inferiores e no abdomen; a marcha torna-

se espática, impossibilitando o trabalho. Começou o tratamento em outubro (neoarsenobenzol e sais sol. de Hg.)

Observei-o em dezembro de 1819 (dois anos e meio após o início da afecção nervosa).

A marcha era ligeiramente espástica, um pouco fatigante; perturbações da micção (quasi sempre dificuldade em expelir a urina); perturbações subjéctivas da sensibilidade; sensação de constrição no ventre, sensação de tumefacção nos membros inferiores; perturbações da sensibilidade tátil, termica e dolorosa (hipoestesia) nos membros inferiores e no abdomen, até á altura do umbigo.

Resultado obtido pela terapeutica, em dois anos e meio: a marcha melhorou (menos espástica, menos fatigante); o funcionamento dos esfínter vesical também melhorou (desapareceu a incontinencia, que era permanente). O doente tem alta em meados de janeiro de 1920, indo ocupar-se num serviço que não exige esforços dos membros inferiores. (*)

Obs. V—J... M... A..., de 36 anos, empregado de escritorio, é outro doente portador de mielite sífilítica.

Acidente primario da sífilis em março de 1910.

Durante dois anos, tratamento muito ligeiro por um preparado mercurial, por via digestiva.

Em março de 1912 surgem bruscamente perturbações de micção (retenção), dificuldade da marcha, que brevemente se torna impossível.

Transportado á Consulta da Sífilis do H. E. L.,

(*) Estes 4 doentes foram observados no serviço do Professor Dr. Egas Moniz.

começa a receber tratamento pelo "606", e oleo-cin-zento.

Observei-o, nesta Consulta, em janeiro de 1920 (cêrca de 8 anos apoz o inicio da mielite). A marcha, um pouco espastica, fatigante, mas compativel côm passeios não muito longos; perturbações da micção, (incontinencia, principalmente durante o sôno); impotencia sexual.

O tratamento tem sido intensivo, primeiramente com o "606" e ol. cinzento, depois com o "914", e ol. cinzento.

Se compararmos estes dois casos com aqueles em que o doente fica privado de movimentos, totalmente invalido, não podemos deixar de reconhecer que o resultado terapeutico é brilhante. No entanto, o periodo relativamente longo de incapacidade, a permanencia de perturbações de certa importancia (como as perturbações vesicaes e as perturbações da esfêra sexual), o deficit permanente do valor social, são uma mancha inapagavel que torna incompleto o brilho da terapeutica.

O diagnostico clinico da sifilis nervosa, feito logo que surgem os primeiros sintomas, tem, indiscutivelmente, um grande valor. Mas a existencia dos casos graves, que permanecem rebeldes á terapeutica mais ativa, mais bem dirigida, e o deficit social em que permanecem muitos dos doentes em que o resultado da terapeutica é brilhante, deve levar os clinicos a procurarem melhores condições de tratamento; e estas melhores condições apenas se realisam, atualmente, começando-o no inicio do periodo de latencia.

Os trabalhos de S. Nicolau, a que nos referimos, mostram-nos que dois terços dos sifilíticos são portadores de meningite sifítica latente no fim do periodo primario e que esta meningite subsiste depois de um tratamento (feito pelo biiodeto Hg) que fez desaparecer todos os sintomas clinicos da sifilis.

A comunicação de Lerede á Sociéte de Dermatologie e Syphyligraphie, a que tambem já nos referimos, mostra-nos que:

Intendo desaparecido, pela ação do neoarsenobenzol, todos os sintomas clinicos da sifilis; e tornada negativa a reação de Wasserman e de Hecht, o exame do liquido cefalo-raquidiano revelou a existencia da meningite sifítica latente: 3 vezes em 22 doentes que começaram o tratamento no periodo primario, desde o 3.º dia até á 6.ª semana; 7 vezes em 20 doentes que começaram o tratamento no periodo secundario, desde a 6.ª semana até 4 meses.

Os trabalhos de Ravant já nos tinham mostrado que, no periodo secundario, a meningite sifítica existe, no estado latente, em dois terços dos sifilizados; os trabalhos de S. Nicolau e Lerede mostram-nos que essa meningite latente vem desde o periodo primario, resistindo ao tratamento que fez desaparecer todos os outros sintomas de sifilis.

Outro facto clinico que desejo pôr em destaque: a meningite sifilitica acompanha todas as afecções nervosas, de causa sifilitica, que obrigam o doente a procurar o medico; encontramos-la nas lesões sifiliticas dos nervos e das raízes; encontramos-la nas milites sifiliticas, no tabes, (que, sob o ponto de vista anatomo-patologico, é uma meningo-radiculite difusa) na parelisia

geral (que, sob o ponto de vista anatomico-patologico, é uma meningite difusa).

Perante este conjunto de factos, nós devemos supôr que a meningite sifilitica latente é a primeira fase das afecções nervosas sifiliticas que nos aparecem na clinica. Umhas veses a evolução é rapida, e as lesões da medula e do cerebro aparecem poucos meses depois do accidente primario, como nos casos descritos com o nome de "neurafireações" e como na minha observação II; outras veses a evolução é lenta, e as perturbações nervosas surgem passados anos.

E se já não é facil dominar a meningite latente inicial, como não será difficilimo, e muitas vezes impossivel, dominar a sifilis nervosa num periodo avançado, quando as lesões meningeas são mais profundas, quando, além da meningite, existem lesões das celulas nervosas? Tudo nos impõe, de uma maneira indiscutivel, a grande necessidade de tratar a sifilis nervosa no inicio da sua primeira fase, no inicio da fase de latencia. E daqui resulta a necessidade de fazer o diagnostico precoce da meningite sifilitica latente, por meio do exame do liquido cefalo-raquidiano.

A necessidade deste diagnostico pode ter contraditores. A sifilis nervosa é tratada do mesmo modo que a sifilis cutanea e mucosa; e não havendo um tratamento especial (as injeções intra-raquidianas de soro mercurialisado ou salvarseniado estão ainda em estudo), parece plausivel esta conduta: tratar a sifilis prolongadamente, suficientemente, e, por este mesmo facto, tratar-se-ha a meningite sifilitica latente, quer tenhamos ou não, feito o seu diagnostico; a esta suposta objeção eu oponho: o tratamento prolongado e *suficiente* da sifilis exige o diagnostico da meningite sifilitica latente.

capítulos no cérebro dos paralíticos gerais. Em 15 de novembro do mesmo ano, Lewandowski fez uma comunicação à «Académie des Sciences» sobre a presença do espiroqueta no sangue dos paralíticos gerais; e de um estudo comparativo entre este espiroqueta e outro conhecido num acidente primário da sífilis. Lewandowski verificou a existência de diferenças entre eles, considerando o vírus dos P. G. como uma variedade do espiroqueta palida das manifestações cutâneas. Estes trabalhos de laboratório vieram reforçar o valor da

Particularidades da sífilis nervosa

uma das produções as lesões nervosas; outra que produzem as lesões cutâneas, mucosas e viscerais — hipótese baseada não só na constatação de Fournier, mas ainda na observação de exões de sífilis portada

O Professor Fournier, na sua grande prática da clínica sífiligráfica, constatou que a sífilis nervosa se encontrava, com uma frequência impressionante, nos sífilíticos cujas manifestações cutâneas e viscerais eram insignificantes. «A sífilis começa e evoluciona — diz Fournier — duma maneira antes benigna, nos futuros paralíticos gerais e tabéticos: acidente primário fugaz, manifestações secundárias efêmeras, ou não existentes, terciarismo cutâneo e visceral extremamente raros». Fournier concluía: «a benignidade (aparente) conduz á escassez do tratamento; e desta escassez de tratamento resultam as lesões terciárias do sistema nervoso».

Esta particularidade clínica da exiguidade de manifestações cutâneas nos portadores de sífilis nervosa é um facto que se nos depara diariamente. Por outro lado, o espiroqueta das lesões nervosas possui particularidades que parecem explicar aquela constatação clínica.

Em 15 de fevereiro de 1913, Noguchi fez a sua comunicação, á «Société de Biologie», sobre a presença do

espiroqueta no cerebro dos paraliticos gerais. Em 10 de novembro do mesmo ano, Levaditi fez uma comunicação á «Académie des Sciences» sobre a presença do espiroqueta no sangue dos paraliticos gerais; e de um estudo comparativo entre este espiroqueta e outro colhido num acidente primario da sífilis, Levaditi verificou a existencia de *diferenças* entre eles, considerando o virus dos P. G. como uma variedade do espiroqueta palida das manifestações cutaneas. Estes trabalhos de laboratorio vinham reforçar o valor da hipotese clinica de duas variedades de treponemas: uma que produsiria as lesões nervosas; outra que produsiria as lesões cutaneas, mucosas e viscerais — hipotese baseada não só na constatação de Fournier, mas ainda na observação de *grupos* de sífilíticos portadores de lesões nervosas, contaminados na mesma fonte. Não obstante os resultados do estudo de Levaditi, a hipotese das duas variedades do espiroqueta continuou a ser combatida. A predilêção para as lesões nervosas dependeria, não de particularidades inerentes ao espiroqueta, mas sim de particularidades inerentes ao organismo infetado; e as diferenças encontradas por Levaditi seriam apenas uma consequencia de modificações do germen em contacto com o tecido nervoso.

Estas duas correntes de ideias levaram Levaditi a proseguir o estudo das propriedades que distinguem as duas supostas variedades — estudo cujo resultado publicou nos «Annalles de l'Institut Pasteur», de 30 de novembro de 1919.

Nas suas esperiencias Levaditi serviu se de espiroquetas colhidos num sífiloma primario, e designou esta suposta variedade com o nome de virus dermatôpo (V. D.)—a colheita deste espiroqueta foi feita em 1908; fez inoculações sucessivas no coe-

lho até 1914: é este o espiroqueta rotulado de V. D.;— e serviu-se de espiroquetas colhidos no sistema nervoso de um paralitico geral, que designou com o rotulo de virus neurotropeo (V. N.)—As experiencias foram feitas em coelhos, macacos inferiores, antropoides e homem. Extraio desse trabalho as seguintes constatações:

1.º — O periodo de incubação é menor para o V. D. do que para o V. N.

2.º — O acidente primario é diferente:

V. N.	V. D.
ha erosão papulo-esca- mosa (erosão ligeira da epi- derme).	ha sifiloma duro (ulce- ração profunda da derme).
ha periarterite dos vasos da derme, mas não ha en- darterite.	ha endo e periarterite dos vasos da derme.
a infiltração é pouco acentuada.	ha infiltração intensa.
a neoformação conjun- tiva é nula.	a neoformação conjun- tiva é intensa.
os treponemas são dis- tribuidos na camada epi- thial.	os treponemas são dis- tribuidos na camada pro- funda.

3.º — As lesões provocadas no coelho pelo V. N. curam (espontaneamente) muito mais lentamente do que as provocadas pelo V. D.

4.º — O V. D. (espiroqueta passado seis anos pelo coelho) conserva a sua virulencia para os macacos inferiores, antropoides e homem; os paraliticos gerais oferecem imunidade cutanea para este V. D.

5.º — O V. N. é desprovido de virulência para os macacos inferiores, antropoides e homem. Levaditi encontrou um homem que se prestou á experiencia da inoculação pelo V. N. —: X... sem antecedentes sifilíticos, Wasserman negativa; inoculação pelo V. N. em 10 de março de 1914 (inoculação por escarificação, no braço direito); nenhuma reação geral nem local durante meses de observação; Wasserman negativa ao 43.º dia; em 10 de setembro de 1919: nenhuma perturbação atribuível ao V. N.; Wasserman negativa.

6.º — Os coelhos que chegam á cura, seja pelo V. N. seja pelo V. D., ficam refratarios para o espiroqueta homologo, mas ficam recétivos para o espiroqueta heterologo.

Ha, indiscutivelmente, caracteres biológicos que distinguem o treponema das lesões cutaneas do treponema das lesões nervosas. Mas fica de pé esta questão: o V. N. é uma variedade já diferenciada nas lesões cutaneas contagiosas, ou é uma variedade creada ulteriormente em consequencia da adaptação aos centros nervosos?

Levaditi julga a questão difficil de resolver, e não lhe repugna admitir as duas hipóteses: «entre os treponemas inter-humanos, de virulência variavel, alguns tem uma aptidão maior a localisarem-se nos centros nervosos, dando lesões cutaneas muito fugazes; esta variedade de treponema com aptidão neurotrópa não tarda a transformar-se numa outra cuja afinidade, para o cerebro e medula, se torna cada vez mais notavel, ou mesmo exclusiva, ao passo e medida que vive e pulula em contacto com a substancia encefalica».

Os trabalhos de Levaditi e a observação clinica concordam neste ponto: o treponema que vive nos centros nervosos não tem tendeneia a produzir lesões da pele e

das mucosas. Esta particularidade tem constituido um obstaculo ao tratamento suficiente da sifilis, e continuará a constitui-lo sempre que o clínico desprezar o diagnostico da meningite latente. Continuará a constituir uma causa de tratamento insufficiente, porque é natural, e até racional, que suceda assim.

Cada um de nós possui a tendencia natural de evitar os sacrificios que se nos não impõem com o rigor de um dever. Ora o sifilizado cujas manifestações iniciais desapareceram rapidamente, e que vê passar meses e anos sem lesões visiveis, sem perturbações, com uma saude aparentemente invejavel, é *naturalmente* levado a subtrair-se a um tratamento intensivo. Mas suponhamos a melhor hipotese: suponhamos que o doente se entrega completamente nas mãos do seu medico, dando-lhe plena liberdade para o submeter a um tratamento que evite a manifestação de lesões nervosas. O doente apresenta-se em exames sucessivos sem manifestações clinicas e com Wasserman negativa; ha apenas a possibilidade de futuras lesões nervosas. Qual a conduta do clínico perante um tal doente? Em que se ha-de basear o clínico para recommençar o tratamento e para o suspender? Mais ainda. Tem o medico o direito de submeter esse doente a um tratamento intensivo como se tratasse de uma sifilis em atividade? Não tem. E qual a influencia que pode ter um tratamento *suave, espaçado*, sobre a rebeldia das lesões meningeas?

Uma das condições que exigimos ao tratamento anti-sifilitico é a profilaxia das perturbações nervosas; mas não é possivel, não é já hoje racional, nem honesto, dirigir a terapeutica de um sifilitico sem o conhecimento do estado do seu sistema nervoso: sem o conhecimento da existencia ou não existencia da meningite sifilitica latente.

20

necessidade do diagnostico precoce do acidente
no inicio da sífilis associa-se a necessidade de diagnos-
ticamente a sífilis nervosa, no inicio da sua pri-
mária.

Pontos fundamentais do tratamento
da sífilis

PONTOS FUNDAMENTAIS

— DO —

TRATAMENTO DA SIFILIS

Pontos fundamentais do tratamento da sífilis

O grande fim a atingir com o tratamento da sífilis é a sua esterilisação; os pontos fundamentais do tratamento são aqueles que nos colocam nas melhores condições de a conseguirmos.

Suponhamos um sífilisado que se nos apresenta com lesões sífilíticas. Instituímos imediatamente o tratamento por um sal mercurial e o neoarsenabenzol — excéto os casos em que ha contra-indicação para o mercurio, ou contra-indicação para o «914». — Emquanto existem lesões o tratamento é continuado; mas, desaparecidas as manifestações clinicas, quando é que devemos suspender o tratamento? Não é o desaparecimento dos sinais clinicos que nos autorisa a suspensão, mas sim o desaparecimento de todo o vestigio da infecção treponemica. Desaparecidas as manifestações clinicas impõe-se-nos o dever de procurarmos descobrir os outros sinais que nos revelam a permanencia da infecção. O primeiro sinal utilizado é a R. Wasserman. Se o resultado é positivo, o tratamento é continuado até ao seu desaparecimento; se

o resultado é negativo, é indispensavel proceder á prova da reatificação. Mas com a negatividade da R. Wasservan e da sua reatificação, pode existir a maningite latente; aquela negatividade, pois, não nos autorisa a suspender o tratamento: é indispensavel o exame do liquidocefalo-raquidiano. E só quando este liquido revelar ausencia de infecção meningea, é que estamos autorizados a suspender o tratamento.

Obtida, pela primeira vez, a negatividade de todas estas investigações, o periodo de repouso terapeutico deve ser curto. Pode ainda existir um foco latente, e é preciso surpreendê-lo desde o primeiro vestigio: passado um mês, deve proceder-se a novo exame clinico, repetição da R. Wasserman, e, sendo negativa, da sua reatificação. A repetição destas investigações e a renovação da punção lombar será determinada por um criterio clinico adquado a cada caso.

Resumindo:

O tratamento deve ser iniciado desde que aparece o acidente primario.

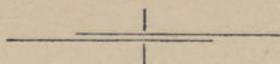
O tratamento deve ser continuado enquanto houver qualquer vestigio de infecção.

O tratamento deve ser recommçado desde que *reaparece* qualquer desses vestigios (positividade da R. Wasserman e sua reatificação, alterações do liquido cefalo-raquidiano).

Nenhum clinico quererá tomar a responsabilidade de tratar um sifilitico sem o cumprimento destes pontos fundamentais.

E' sob estes progressos de tecnica que nos permitem a individualisação da terapeutica anti-sifilitica, que nos permitem determinar, para *cada doente*, a epoca até

onde é necessario prolongar o tratamento e a epoca ótima em que é necessario recomeça-lo — é sob estes progressos de tecnica, associados á precocidade do tratamento inicial e á ação poderosamente espirilicida dos arsenicais, que eu fundamento a esperança de conseguirmos a esterilisação sistemática da sífilis, e a afirmação de que se nos impõe o dever de procurarmos conseguila sistematicamente.





RÓ
MU
LO



CENTRO CIÊNCIAS
UNIVERSIDADE COIMBRA

1329689045

