

VII

ANTONIO DE CASTRO HENRIQUES

---



# SÍFILIS E TUBERCULOSE PULMONAR

«Il est bon, en clinique, d'avoir toujours  
l'esprit en éveil du côté de la syphilis».

BARTHÉLEMY.

Dissertação inaugural apresentada  
à Faculdade de Medicina do Porto



173/7 ENT

Porto  
Outubro — 1919

Composição e impressão ———  
ESCOLA TIP. DA OFICINA DE S. JOSÉ  
Rua Alexandre Herculano — PORTO

## **SÍFILIS E TUBERCULOSE PULMONAR**

ANTONIO AUGUSTO DE CASTRO HENRIQUES



# SÍFILIS E TUBERCULOSE PULMONAR

«Il est bon, en clinique, d'avoir toujours  
l'esprit en éveil du côté de la syphilis».

BARTHÉLEMY.

Dissertação inaugural apresentada  
à Faculdade de Medicina do Pôrto



Pôrto  
Outubro — 1919

# Faculdade de Medicina do Pôrto

---

## DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

## SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

---

## CORPO DOCENTE

### PROFESSORES ORDINÁRIOS

|                                       |                                           |
|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| Augusto Henrique de Almeida Brandão   | Anatomia patológica.                      |
| Vaga .....                            | Clínica e policlínica obstétricas.        |
| Maximiano Augusto de Oliveira Lemos   | História da Medicina. Deontologia médica. |
| João Lopes da Silva Martins Júnior... | Higiene.                                  |
| Alberto Pereira Pinto de Aguiar.....  | Patologia geral.                          |
| Carlos Alberto de Lima.....           | Patologia e terapêutica cirúrgicas.       |
| Luis de Freitas Viegas.....           | Dermatologia e Sifilografia.              |
| Vaga .....                            | Pediatria.                                |
| José Alfredo Mendes de Magalhães...   | Terapêutica geral. Hidrologia médica.     |
| Antônio Joaquim de Sousa Júnior ..... | Medicina operatória e pequena cirurgia.   |
| Tiago Augusto de Almeida .....        | Clínica e policlínica médicas.            |
| Joaquim Alberto Pires de Lima.....    | Anatomia descritiva.                      |
| José de Oliveira Lima.....            | Farmacologia.                             |
| Álvaro Teixeira Bastos .....          | Clínica e policlínica cirúrgicas.         |
| Antônio de Sousa Magalhães e Lemos    | Psiquiatria e Psiquiatria forense.        |
| Manuel Lourenço Gomes .....           | Medicina legal.                           |
| Abel de Lima Salazar .....            | Histologia e Embriologia.                 |
| Antônio de Almeida Garrett.....       | Fisiologia geral e especial.              |
| Alfredo da Rocha Pereira.....         | Patologia e terapêutica médicas.          |
| Vaga .....                            | Clínica das doenças infecciosas.          |

### PROFESSORES JUBILADOS

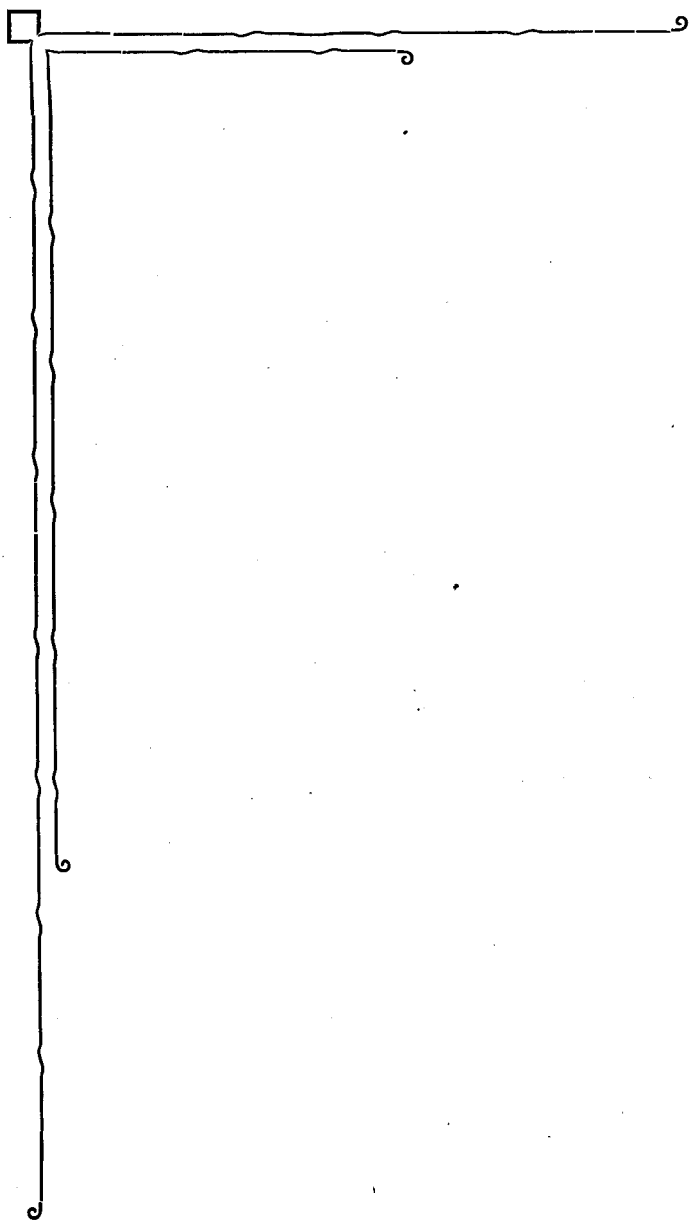
Pedro Augusto Dias.

José de Andrade Gramaxo.

## A MINHA Mãe

† 18 de Janeiro de 1919.

De joelhos como em vida.



## *Prefácio*

---

*Quem assiste ás consultas externas dos nossos hospitais, inspeciona os rapazes de 20 anos chamados ao serviço militar ou, ainda, faz clínica de fábricas, fica verdadeiramente inquieto com o futuro das novas gerações.*

*A sífilis e a tuberculose trabalham unidas, alastrando com o poder de quem não encontra barreiras sérias a transpôr, matando uns, depauperando outros, e criando uma legião cada dia maior de estigmatizados pela grande e pequena teratologia da héredo-sífilis e da héredo-tuberculose. Urge crear uma defesa. É preciso que a luta estabelecida lá fora pelos povos que querem viver, os ensinamentos higiénicos que a guerra trouxe, se conheçam e intensifiquem entre nós. A sífilis é um flagelo social muito mais nefasto que a tuberculose — a maior causa*



*de degenerescência duma raça, na construção de seres inferiorizados, distróficos, decadentes. As observações de Grancher, realizadas sobre milhares de tuberculosos, fazem-no afirmar que  $\frac{9}{10}$  dos tuberculosos provados trazem estigmas de hêredo-sífilis e a encarar a onda formidável da tuberculose como consequência da extensão da sífilis.*

*Considerando que a influência da sífilis se manifesta até á 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> gerações, e talvez ainda além, não se pode conter um arrepio ao pensar que mais dum terço da população masculina é sífilítica — e ninguém foge á conclusão que a sífilis é a pior ameaça da sociedade. Entre nós a propaganda contra a sífilis tem sido absolutamente descurada. No nosso operariado a ignorância é tão primitiva, que é raro o que sabe fazer destrinças conscientes no seu*

*passado venéreo, tudo confundindo sob este termo. Urge crear o medo á sífilis. Reagir contra a noção dum tratamento específico, tudo curando, que tomou no público uma significação demasiado lata e que induz a vêr numa «blanchissage» única o calar para sempre da infecção. É preciso ensinar aos nossos rapazes o crime que representa deante da Família, da Pátria, a incúria duma profilaxia sistemática ; — acabar com a lenda dos perigos da continência sexual, crear uma vida esportiva intensa, desviando-os duma artificial precocidade genésica. A luta a estabelecer tem de ser além da formação de centros e dispensários de diagnóstico e tratamento — onde este se faça humanamente sob registo, para cautelosa vigilância ulterior — a propaganda tenaz e sem descanso contra o contágio.*

*Lembre-mos nos que, em quanto a França viu du-*

rante a guerra aumentar assustadora e vergonhosamente o número dos cancros sifilíticos, no exército americano as estatísticas das doenças venéreas descem a cifras insignificantes. Logo após o seu alistamento, o soldado americano era obrigado a freqüentar conferências onde os médicos militares explicavam os perigos venéreos e a maneira de os evitar. O esquecimento destes conselhos obrigava a punições rigorosas. Em tôdas as guarnições foram creados centros profiláticos permanentes, onde o soldado ia, após relações sexuais, o mais cedo possível, o máximo 4 horas depois. Em Paris havia 10 destes postos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> O tratamento exigia 10<sup>m</sup> de demora. Após lavagem com água e sabão, o soldado recebia uma injeção uretral de protargol a 2 °/o,

*Entre nós, centros semelhantes deviam ser creados em todos os regimentos. Prelecções obrigatórias nas casernas, punições severas para os negligentes. Folhetos gratuitos, conferências.*

---

*que permanecia 5<sup>m</sup> na uretra anterior e em seguida untava-se durante 5<sup>m</sup> com a seguinte pomada:*

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <i>Vaselina.....</i>     | <i>5</i>    |
| <i>Lanolina .....</i>    | <i>15</i>   |
| <i>Calomelanos .....</i> | <i>32,5</i> |
| <i>Ácido fénico.....</i> | <i>1,5</i>  |
| <i>Cânfora.....</i>      | <i>1</i>    |

*O penso era concluído com um papel de seda, que só era retirado 4 a 5<sup>h</sup> depois.*

\*

*É o primeiro passo, da minha campanha que faço, escolhendo o assunto Sífilis e tuberculose pulmonar para dissertação inaugural.*

*Faltas e pobrezaas que leva, que encontrem perdão na lembrança de 3 anos de vida dados á campanha da Flandres.*

\*

*Restam-nos ainda as linhas que a comoção desta hora guarda sempre para o abraço de todos os que nos vivem no coração. A todos, a cada um, a minha emoção.*

*Dentre os que a morte levou, lembro, com infinita saùdade, o Dr. Agostinho de Faria, meu Padrinho,*

*vítima do dever profissional, que ensinou o meu primeiro juramento de profissão nas lágrimas dos -que o choraram — e os irmãos Costa Alemão Teixeira irmãos da minha mocidade, legendários “Guynemeres,, daquele céu que hão-de olhar sempre os que sonham e esperam além da vida !*

\*

*Ao Ex.<sup>mo</sup> Snr. Professor Tiago de Almeida a minha gratidão pela honra que me concede aceitando a presidência d’este trabalho — a profunda gratidão do discípulo que em terras de França, em conferências com médicos estrangeiros soube por muitas vezes, o muito que devia aos seus métodos de ensino.*

# História

Os termos de tísica venérea, tísica sífilítica, tabes venérea, tísica gálica, são de velha data e encontram-se já nos autores do século xvi. Mas, devemos confessa-lo, não representavam nessa época nada de definitivamente limitado, quaisquer factos scientificamente precisos. E êstes termos correram através os tempos ou com exageros de diagnosticar sífilis pulmonar em tuberculoses fazendo a sua aparição 7 anos após um corrimento uretral curado com loções de vinagre — ou deixando morrer, à míngua dum tratamento salvador, tísicos sífilíticos, pela falta de sinais característicos, patognomónicos da sífilis. A história da sífilis pulmonar podemos dividi-la em dois períodos: o primeiro começando em Paracelse em 1500 e acabando em Laennec em 1800; o segundo de Wirchow até aos contemporâneos. Paracelse



considerava a sífilis capaz de produzir indiferentemente exantemas, hidropisia e a tísica. A partir de Paracelse já se encontram alusões à tísica verólica em grande número de autores e Astruc e Hoffmann falam já da sua cura pelo tratamento anti-sifilítico (caso de Brambilla). Morton escreve sobre a influência da sífilis no despertar duma tísica latente.

Mas a obra de Laennec dando autonomia à tuberculose não tinha ainda nascido e tudo eram confusões na crença de que a sífilis era capaz de crear tísicas perfeitamente idênticas às outras tísicas.

O segundo período, chamado científico, começa com o estudo anátomo-patológico dos rescegnascidos héredo-sifilíticos, e, podemos dizer, o conhecimento da sífilis no adulto, marchou quási *pari-passu* com estes trabalhos. Virchow descreve a pneumonia alba em 1858 e as observações sucedem-se com Cornil e Martineau em 1862 descrevendo as gomas, mas hesitantes sobre a sua natureza, a tese de Landrieux sobre pneumopatias sifilíticas, a crítica de Cornil em 1879 sobre a maneira de reagir do tecido pulmonar em frente da sífilis, a tese de Jaquin, as clínicas de Dieulafoy e os trabalhos notáveis de Fournier e Grancher.

Mas as estatísticas apontam raramente a localização pulmonar para a sífilis. As autópsias só marcam os tipos macroscopicamente nítidos e estes são raros. E leva tempo e requer pesquisas de muita paciência, o reconhecimento de que anatomicamente só elementos de presunção podemos obter numa autópsia. A séde de nódulos na parte

média ou base do pulmão, no hilo ou sob a pleura, pode fazer pensar na sua natureza sifilítica — mas, quantas descrições de gomas dos vértices, citadas por Massia e quantos casos de tuberculose localizada ao lobo médio a literatura médica não conta ?

A limitação, a cápsula, vê-se raramente na tuberculose mas não é tão excepcional que se torne um elemento de diagnóstico importante.

A coincidência de focos caseosos com zonas fibrosas ? A tuberculose faz também as suas escleroses e as diferenças de processos são demasiado mínimas para dar um diagnóstico. A ausência de sais calcáreos ? Mas, quantas lesões tuberculosas os não apresentam ?

E, microscòpicamente, as dúvidas permanecem. O reconhecimento da estrutura fundamental do tecido normal nos focos necrosados não é nem constante, nem característica, para nos dar mais que elementos de presunção. A estrutura da zona periférica, a presença de células gigantes, a arterite obliterante, as periarterites — tudo são lesões que a tuberculose pode apresentar.

A descoberta do treponema, os estudos de Fournier sôbre héredo-sifilíticos e seus estigmas, a reacção de Wassermann, são os factores importantes da nova fase na campanha de individualisação da sífilis pulmonar.

Sergent estuda a escrôfula sifilítica, as suas relações com a tuberculose, as suas simbioses, cria a noção do terreno sifilítico, a sua predisposição à tuberculose, e alarga o campo sintomatológico da pulmò-sifilose.

## Sifilis pulmonar

«Une lésion pulmonaire étant donnée quelque ressemblance que cette lésion puisse affecter avec la tuberculose, songer toujours à la syphilis, et interroger les antécédentes, s'enquérir de la syphilis par tous les moyens possibles.»

**FOURNIER.**

A tuberculose e a sífilis apresentam as maiores analogias nosográficas. Doenças gerais, crônicas, contagiosas e infecciosas, as suas localizações atingem indiferentemente todos os tecidos, órgãos, aparelhos e sistemas. Com manifestações clínicas e sintomatologia geral, a maior parte das vezes diferente e característica, as suas localizações sobre territórios limitados, criam lesões com sintomatologia objetiva e funcional de tal forma semelhante, de tal forma reduzidos os caracteres distintivos a nuances tenuíssimas que dificultam e iludem um diagnóstico.

Se correremos a literatura médica na pesquisa dos casos de sífilis pulmonar, verificamos que, desde o célebre caso de Branbilla em 1777, em que uma troca de medicamentos leva a cura a um pseudò-

-tuberculoso que se finava, quasi sempre o diagnóstico duma sífilis pulmonar é revelado por um acaso, pelo aparecimento inesperado e salvador duma lesão característica desta infecção.

Quantas terão passado com o rótulo de tuberculose?...

Quantas mesmo, na associação tão freqüente, nem a prova do bacilo de Kock na expectoração lhes faltou para esta classificação? As estatísticas dos casos da sífilis pulmonar podem e devem estar cheias de erros. Verdadeiramente, aqui há anos, só as pneumopatias de localização e marcha muito irregular, muito diferente, eram pesquisadas no campo da sífilis. A lei de Louis estabelecendo no vértice a sede inicial na evolução duma tuberculose pulmonar teve durante longos anos foros de axioma anátomo-clínico que todos escrupulosamente seguiam.

O registo de autópsias foi mostrando lesões tuberculosas predominantes cicatrizadas ou em evolução nas partes médias e inferiores dos pulmões — notando-se mesmo, sobretudo na criança, uma maior freqüência na base. Os ataques teem sido rudes e, hoje, para muitos clínicos, a tuberculose do vértice constitue uma *étape* secundária, às vezes mesmo tardia — o despertar duma lesão localizada na base durante a infância e incompletamente extinta.

O Dr. Paulo Barbaro na «Prensa Medica Argentina» conclui da seguinte maneira um notável artigo: *«no debe esperar-se para diagnosticar la T. P. a que ésta llegue al vertice, puesto que antes de*

*llegar a ese lugar, se ha iniciado en otra parte, que se donde deve buscar se, la tuberculosis hiliar e perhiliar y la tuberculosis de la base, que es para nosotros lo que representa la iniciación de la tuberculosis pulmonar.»*

Mas, comprehende-se bem como estas lesões da base escapam aos nossos meios de observação. Lesões profundas que a auscultação mais delicada não apura, e, que, mesmo a radiografia, não vê nestas fases iniciais. Sergeant, seguindo esta corrente, transforma a 1.ª lei de Louis, dizendo: *o vértice e especialmente a zona de alarme de Chauvet*, por ser a zona mais assecível à auscultação, é a sede dos primeiros sinais físicos da tuberculose pulmonar.

Na sífilis pulmonar, uma evolução silenciosa, com conservação dum bom estado geral, permite um alastrar de lesão, até ao ponto de se tornar perceptível á auscultação?—e daí a localização preferida da base e parte média do pulmão, apontada por tantos autores?

O quadro sintomático nada nos aduz também de certo. O Prof. Tovisa, tratando o assunto na Academia Médico-Cirúrgica de Madrid, assinala além das localizações predilectas já apontadas, como symptomatologia própria: *«falta de fiebre (aunque la sífilis pulmonar avanzada és susceptible de producirla); falta de hemoptisis o hemoptisis ligeras (si bien el reblandecimiento de las lesiones gomosas puede dar lugar alguna vez a hemorragias mortales) conservación del estado general o por lo menos de un aspecto mais favorable del que corres-*

*ponde a los enfermos com lesiones pulmonares tuberculosas.*

Quantas, quantíssimas excepções, a clínica de cada dia traz a esta regra?

Não está hoje comprovado que a sífilis cria temperaturas perfeitamente enganadoras — desde a forma de tipo contínuo simulando as tifó-tuberculosas, às febrículas vesperais absolutamente idênticas às das tuberculoses iniciais? Tivemos há meses de tratar uma menina de 15 anos, héredo-sifilítica, que deve o diagnóstico salvador ao Prof. Tiago de Almeida e que vinha fazendo, havia meses, ao lado dum estado de anemia-astenia com perturbações menstruais, modificações respiratórias ligeiras dos vértices (aumento de vibrações vocais, ligeira matidez, broncofonia e expiração soprada) e febrículas vespertinas de 37° — 37,5. Tónicos, cura de repouso e cura de ares tinham sido absolutamente improffquos.

O exame radioscópio revelou hipertrofia ganglionar no hilo do pulmão direito sem lesão do parênquima pulmonar

O tratamento específico, feito com xarope de Gibert e injeções de enesol, teve pleno êxito.

Sobre a menor freqüência de hemoptises as opiniões são diversas: Ao lado dos que afirmam a sua raridade e a explicam pelas arterites crônicas que a sífilis provoca e que trazem como consequência a obliteração das artérias, outros há que negam esta raridade e apresentam casos de hemoptises perfeitamente idênticas, funcional, anatômica e patologicamente, às da tuberculose.

Descrevamos agora, seguindo Fournier, as formas descritas até hoje :

|                                                                |                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SEGUNDO A EVOLUÇÃO.....                                        | {<br>Sífilose aguda bronco-pneumónica.<br>Sífilose de marcha crónica.<br>Sífilose com forma de gangrena.                                                                   |
| SEGUNDO O ESTADO GERAL                                         | {<br>Casos latentes.<br>Tísica florida.<br>Tísica sífilítica.                                                                                                              |
| SEGUNDO LOCALISAÇÕES<br>ANÁTOMO-PATOLÓGICAS<br>ASSOCIADAS..... | {<br>Sífilis pulmonar com lesões traqueo-brônquias.<br>Sífilis pulmonar com dilatação dos brônquios.<br>Sífilis pulmonar com laringite.<br>Sífilis pulmonar com pleurisia. |

### FORMAS SEGUNDO A EVOLUÇÃO

**Sifiloma agudo de forma bronco-pneumónica —**  
Nalguns casos, cujas descrições são raras na literatura médica, a sífilis apresenta-se com um quadro clínico semelhante ao da bronco-pneumonia tuberculosa aguda. Início brusco, temperatura de 39° a 40°, tosse incessante, expectoração mucô-purulenta, dispneia violenta, emmagrecimento rápido e suores profusos; a observação do aparelho respiratório mostra-nos matidez á percussão, sôpro e ralas á auscultação.

O diagnóstico dêstes casos é difficilimo. Quási sempre depende do aparecimento doutra lesão sífilítica mais característica, do exame da expectoração sempre negativo para o bacilo de Kock. A



localização da zona de matidez, se, na maior parte dos casos descritos se nos apresenta nas partes médias pulmonares, Dieulafoy e Raymond mostram casos em que a lesão tem por sede os vértices.

Anátomo-patologicamente o sífiloma pode ser circunscrito ou difuso. No primeiro caso temos a goma com a sua evolução até à caverna que um tratamento curador pode fazer desaparecer. No segundo caso a lesão reveste uma forma especial. Ao exame microscópico mostra-se constituído, por núcleos do bronco-pneumonia nos diferentes estados (catarral, fibrinoso e caseoso) sem encapsulamento. As lesões vasculares e intersticiais são predominantes. A descamação epitelial e os exsudatos são menores que na bronco-pneumonia vulgar.

**Sifilose com forma de gangrena** — A sífilis realiza com as lesões que provoca no pulmão (arterites, dilatação dos brônquios, necrose do parênquima, condições óptimas para a gangrena. As descrições feitas até hoje são contudo raras. Quando é conhecida a sífilis o tratamento imediato é em geral curador.

Fournier apresenta um caso dum sífilítico bem tratado, bronquítico de longa data, fumador incorrigível, em que a morte sobrevem em seguida a uma vômica gangrenosa, duma fetidez horrível, que appareceu súbitamente, durante um estado bronco-pneumónico aparentemente benigno.

**Sífiloma de marcha crónica** — O início desta forma de sífilis pulmonar é sobremaneira insidioso.

A sífilis não produz, senão excepcionalmente,

fenómenos de intoxicação geral. As piores sífilides terciárias fagedénicas, úlceras, etc., podem coincidir com estados gerais excelentes.

As gomas fazem a sua evolução silenciosamente, sem febre, e, só mais tarde pelo aumento de volume, aparece um pouco de dispneia, alguma tosse e expectoração catarral por irritação brônquica.

Os sinais estetoscópicos são às vezes ainda difíceis. Num ponto, localizado, submatidez, diminuição de murmúrio respiratório ou respiração rude, aumento de vibrações vocais, expiração soprada, às vezes sópro brônquico ou ralas mais ou menos húmidos. O apetite conserva-se e o estado geral muitas vezes é ótimo.

Muitas destas formas só a autópsia as mostra.

Localizações noutros órgãos, mais fatais, atingem o sífilítico e a autópsia mostra pequenas gomas sem grande reacção do parênquima pulmonar, outras vezes mesmo, como no caso de Salomon, duma cirrose alcoólica hipertrófica com grande ascite, fígado *ficelé*, *extensas lesões gomosas e ganglionares*.

Outras vezes as gomas amolecem e dá-se a cavernização. O doente sente opressão, faz abundante expectoração mucô-purulenta, mas o estado geral conserva-se bom, nada revelando dum pulmónar — é a tísica florida de Fournier.

Mas nem sempre a evolução se faz desta maneira. Alguns semelham a tuberculose crónica de forma hectizante.

Surge um depauperamento que cada dia aumenta, tosse, febre atingindo 39°, às vezes mais, a auscultação deixa ouvir largas zonas de sarridos

subcrepitantes, a expectoração torna-se mucò-purulenta, o doente emmagrece consideravelmente, aparecem suores nocturnos profusos — e esboça-se completo o quadro duma tuberculose, às vezes, com cavernização.

Vejamos alguns casos :

### Observação n.º 1

D. A., de 16 anos, estudante, solteira.

Em abril do corrente ano fui chamado a vêr esta doente. Estava declarada tuberculosa, embora a pesquisa do bacilo de Kock na expectoração tivesse sido negativa por duas vezes. Encontrava-se na cama, dispneica, fazendo temperaturas entre 37° — 38°, tinha tosse freqüente, sobretudo de noite, não a deixando dormir, expectoração mucò-purulenta, suores nocturnos; pouco desenvolvida, não aparenta a idade que tem, emmagrecida, pálida, ar abatido e pouco comunicativa. O tórax é mal conformado e apresenta cifose dorsal. O exame pulmonar mostra-nos: aumento de vibrações vocais em todo o hemitórax direito com submatidez nítida na base e vértice; o murmúrio respiratório diminuído em todo êste hemitórax; estalidos e sarridos subcrepitantes nas fossas supra-espinhosa e infra-clavicular direitas acompanhados de broncofonia, pectoriloquia-áfona e expiração soprada; roncos e sibilos da base, pulmonar esquerda, sarridos subcrepitantes

finos da base direita na face posterior; respiração rude do vértice esquerdo.

A auscultação pulmonar é um pouco prejudicada pela intensidade de um sôpro holosistólico, áspero, em jacto de vapor, audível em todo o tórax, com máximos de intensidade na ponta e na axila.

O pulso é pequeno, hipotenso, freqüente (120 por minuto).

O exame geral mostra-nos: dentes Hutchinson, língua fissurada, abóbada palatina em ogiva, pléiade, ganglionar no pescoço; edema das extremidades dos membros inferiores, oligúria (800 gramas em 24 h.) e a análise de urinas revela 9 gramas de albumina; reflexos normais.

**História da doença** — Ha 6 meses que está doente. Começou por sentir palpitações e ter à noite os pés edematizados.

Foi consultar um médico que declarou não ter nada no coração. Sobreveio então febre, sentia dores por todo o corpo, sobretudo de noite e uma tosse com expectoração mucò-purulenta, que cada dia aumentava a ponto de não a deixar descansar. Foi a ares para uma aldeia. O exame de expectoração foi então feito por duas vezes, sendo sempre negativo para o bacilo de Koch. O exame de urina revelou albumina. Na aldeia fazia cura de repouso, seguia dieta lactò-vegetariana e tomava as hóstias de Ferrier. Mas, sempre febril, o emmagrecimento era cada dia maior, cada vez mais acentuadas a astenia e a tosse, e, perdida a esperança de cura, voltou para o Pôrto. É desta data que começa a minha assistência.

**Antecedentes pessoais** — Vacina generalizada, tra-sorelho, sarampo e difetaria.

**Antecedentes hereditários** — Pai falecido de aneurisma. Avô materno morto duma cardiopatia possivelmente sífilítica. Um irmão morreu de meningite em creança e outro tuberculoso (?), aos 11 anos.

Tem ainda vivos 4 irmãos, todos fracos e com estigmas de héredò-sífilis. O mais forte contraíu a sífilis ha 4 anos, tem feito tratamento rigoroso e desde então tem melhorado.

**Diagnóstico** — Verificados os estigmas da héredò-sífilis que apresenta, os seus antecedentes hereditários, a debilidade orgânica dos irmãos, à excepção do que tem feito um tratamento anti-sifilítico intensivo —jugulando assim a sífilis adquirida e a herdada,— a multiplicidade de vísceras atingidas, a grande quantidade de albuminúria — inclinei o meu diagnóstico para um caso da héredò-sífilis tardia e aconselhei além de dieta lactò-vegetariana, uma colher de sopa, por dia, de xarope de Gibert.

**Evolução** — Ao fim de 10 dias a febre tinha desaparecido, a quantidade de urinas aumentava e a pesquisa de albumina era negativa, apesar de a doente ter feito nos últimos dias alimentação mixta, por se recusar à lactò-vegetariana.

Os sinais estetoscópicos persistiam com ligeira atenuação apesar da aplicação de ventosas e de revulsão feita com tintura de iodo. Surpreendido

com a rapidez das melhoras, fiz-lhe 24 injeções de 2 centigramas de benzoato de mercúrio.

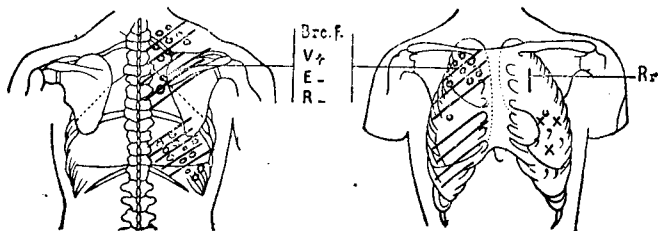
Em fins de Junho a doente já se levantava e estava apirética. A auscultação pulmonar revelava ainda sarridos subcrepitantes no vértice pulmonar direito, mas a base do mesmo lado estava mais permeável e não eram ouvidos ruídos adventícios. O sopro mitral muito diminuído de intensidade. A menstruação desaparecida havia 6 meses tornara de novo em 20 de Junho.

Torno a vêr a doente em 10 de Julho. O aspecto geral é ótimo.

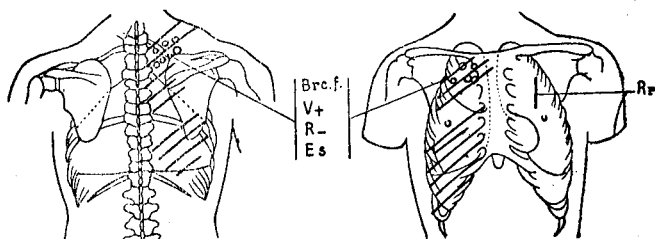
Engordou consideravelmente, sente-se alegre, forte, trabalha todo o dia sem a menor fadiga. Pela auscultação nota-se diminuição do murmúrio no hemitórax direito, com aumento de vibrações vocais e expiração prolongada no vértice, mas desapareceram os ruídos adventícios. Notável diminuição de intensidade no sopro cardíaco. Só é audível no foco mitral com propagação para a axila e tomou um timbre muito suave.

#### Observação n.º 1 — D. A.

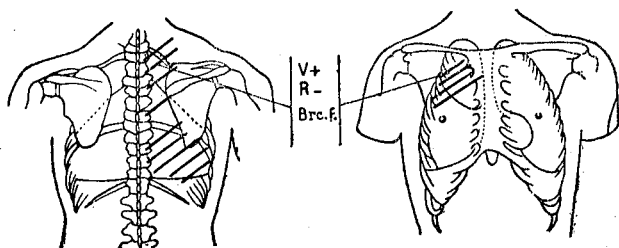
Abril de 1919



Junho de 1919



Junho de 1919

**Observação n.º 2**

E. L., 29 anos, solteiro, comerciante.

Conheço-o de ha anos, apresentando, de quando em quando, sífilides extensas que o «914» cura. Em maio dêste ano aparece-me extraordinariamente emmagrecido, numa astenia profunda, com freqüentes lipotimias, muito anêmico, uma tosse freqüente com expectoração mucò purulenta, às vezes hemoptoica,

e fazendo temperaturas de 38°—39°. Acabava de fazer em Lisboa 3 injeções de «914» sem resultado —vendo mesmo aumentar o número de escarros hemoptoicos. O exame pulmonar mostra: hemitórax esquerdo —aumento de vibrações vocais; submatidez do vértice e da base; diminuição do murmúrio em todo o pulmão, acentuada no vértice, onde, na zona de alarme de Chauvet, são audíveis sarridos subcrepitantes finos, com expiração fortemente soprada, e na base onde a inspiração é intercisa. Hemitórax direito —respiração débil em todo o pulmão, respiração rude na fossa infra-clavicular. Pulso hipotenso, com 130 a 140 de frequência.

O exame à expectoração, feito 2 vezes, não revelou bacilo de Koch.

Doente extraordinariamente pusilânime para o tratamento, não consente injeções quer intra-musculares, quer intravenosas.

Prescrevi-lhe fricções mercuriais feitas nas faces laterais do tórax e espaço inter-escapular. Ao fim duma série de 20, o doente não parece o mesmo. Voltou o apetite, a temperatura desceu ao normal, fazendo raras tardes 37° — 37,5, desapareceu por completo a tosse e a expectoração. Começa a recalcificação de Ferrier, associada, alternando com os glicerò-fosfatos de Robin, faço-lhe umas injeções de estricnina e o doente parte para uma cura de repouso nas Pedras Salgadas.

Em 20 dias aumenta cinco kilos de peso. Sente-se bem disposto, a actividade de sempre, um apetite devorador.

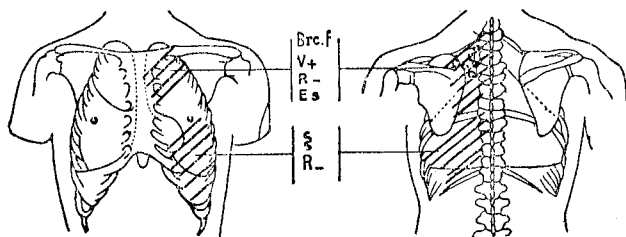
O exame pulmonar mostra o pulmão esquerdo



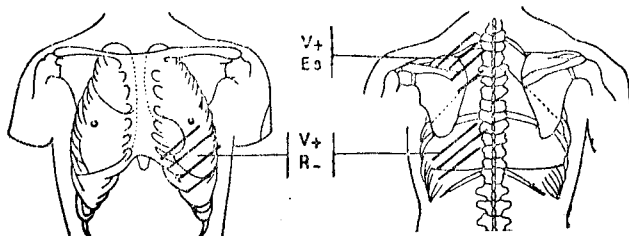
mais permeável; desapareceram os sarridos subcrepitantes, a expiração é levemente soprada.

### Observação n.º 2 — E. L.

Maio de 1919



Julho de 1919



### FORMAS SEGUNDO O ESTADO GERAL

As diferentes formas estão já apresentadas nos casos descritos anteriormente.

Ao lado de lesões pulmonares, fazendo uma evolução calada e que só a autópsia descobre, temos os cavernosos em que o estado geral se mostra flo-

rescente—os sifilíticos de que Bazin fazia regra geral dizendo « *le phtisique syphilitique est un phtisique bien portant* » — e aqueles que se apresentam num estado de caquexia de todo o ponto igual à dos consumidos da tuberculose.

## FORMAS SEGUNDO AS LOCALIZAÇÕES

### ANÁTOMO-PATOLÓGICAS ASSOCIADAS

**Sífilis pulmonar com lesões tráqueo-brônquicas —**  
O quadro de alarme é dado pelos sintomas tráqueo-brônquicos. A lesão pulmonar passa a segundo plano, entrando contudo muitas vezes como factor principal nas perturbações que o estado geral do doente sofre. A sífilis ataca a árvore brônquica no período secundário e terciário.

**PERÍODO SECUNDÁRIO —** A existência das tráqueo-bronquites sifilíticas secundárias tem sido negada por certos autores e considerada frequente por outros. Na realidade, sempre que existe laringite sifilítica secundária, a regra geral é a concomitância da tráqueo-bronquite, ainda que atenuada por vezes. Sob o ponto de vista de lesões, podemos distinguir dois tipos: a placa mucosa traquial e a hiperemia simples de toda a mucosa. A primeira tem sido verificada por exames laringoscópicos, aparecendo geralmente quando ha placas mucosas da laringe. A segunda é constituída por manchas vermelhas ou violáceas, mais ou menos confluentes, com exsudato à superfície. Segundo a evolução clínica, po-

demos estudar duas formas principais: Uma forma inicial, precoce, aguda, aparecendo no incio do secundarismo e fazendo a sua evolução em poucos dias — e uma forma tardia, sub-aguda ou crônica, manifestando-se meses após a contaminação, marchando por *poussées* sucessivas e recidivantes, que se prolongam por muito tempo.

*Forma inicial* — Pode preceder a aparição da roséola e umas vezes é muito atenuada até ao ponto de passar despercebida, outras vezes toma a forma aguda. Apresenta duas variedades: a forma traquial associada à laringite, manifestando-se por rouquidão, sensação de prurido traquial, tosse freqüente e quintosa, expectoração mucò-purulenta; a forma brônquica acompanhando as formas confluentes do secundarismo, com febre, alteração do estado geral e tosse freqüente. Cede rapidamente ao tratamento específico, mas desprezada ou ignorada torna-se renitente e constitui um fácil caminho para a tuberculose pulmonar.

*Forma tardia* — Aparece meses após a sifilisação. Os doentes apresentam um mau estado geral. Indivíduos emmagrecidos, asténicos, febrís, anémicos, queixando-se de pontadas e opressões, tosse com expectoração mucò-purulenta, às vezes sanguinolenta. A auscultação deixa ouvir roncos e sibilos disseminados, com preferência pelos vértices pulmonares. Barthélemy fez em 1905 uma descrição completa. Compara-a, sob o ponto de vista de forma de lesões, às glossites sifilíticas secundárias, que por recidivas constantes dão à língua o aspecto de «*prairie frauchée*.» Na mucosa tráqueò-brônquica

formam-se placas fissurárias de longa duração, que arrastam a persistência da inflamação. Estas tràqueó-bronquites são rebeldes ao tratamento geral das bronchites e só o tratamento anti-sifilítico as debela. A forma tardia tem dado origem a várias interpretações sôbre a sua natureza, de que falaremos no capítulo sífilis-tuberculose.

PERÍODO TERCÁRIO -- Como lesões terciárias, temos a falar das ulcerações e das gomas. As primeiras são as mais importantes. Faltam observações separadas das ulcerações dos brônquios. Nestas a sintomatologia mistura-se e perde-se no *pèle-mèle* das outras manifestações pulmonares. Mas coexistem em geral com as da traqueia que tomam então o papel dominante. Não tem sido observadas na parte média. Agrupam-se em geral nas extremidades, são múltiplas, tanto maiores em superfície quanto menor é o seu número, arredondadas, os bordos talhados a pique, profundas até às cartilagens. As principais conseqüências evolutivas são a necrose das cartilagens e os apertos cicatriciais. A úlcera produz pericondrites que deformam e mortificam os aneis. Um ou mais são eliminados, arrastando a cicatrização dos tecidos, bridas fibrosas, aderências com os tecidos vizinhos, cavalgamento dos aneis e apertos na luz do canal,

A sintomatologia varía com o estado das lesões. Primeiro, é uma simples bronquite, insidiosa, impertinente; pouco a pouco, o quadro agrava-se; aparece a dispneia, a tosse aumenta de freqüência e é seguida de opressão, a respiração torna-se ruídosa, começa a desenhar-se uma dor traquial, ora surda, ora viva,

dando a sensação dum corpo estranho atrás do esterno, a espectoração, espessa, traz às vezes bocados de mucosa, ou sequestros das cartilagens, outras vezes é hemoptoica. A auscultação pulmonar mostra o murmúrio respiratório diminuído nos dois hemitórax — uniformemente em tôda a área pulmonar, quando o apêto é traquial — localizado a determinado território, quando é brônquico. Com a formação dos apertos cicatriciais, o quadro torna-se alarmante. O doente inspira com muito custo inclinando a cabeça para diante; a expiração é curta, fácil e rude. Um destrôço que tape a luz do canal, um espasmo da glote por reflexo, o edema da glote por inflamação propagada e aparecem-nos acessos de sufocação paroxísticos, que são por vezes fatais. O prognóstico é mau. Se a lesão é imediatamente diagnosticada e tratada, o que não é a regra, dada a evolução insidiosa das lesões, a cura pode fazer-se, ainda que raramente se dê sem uma cicatrização viciosa.

Mas, em geral, a evolução faz-se sem tratamento até lesões irremediáveis e a morte sobrevem por asfixia progressiva. Entre as complicações que pode acarretar, citaremos: a congestão pulmonar, o edema agudo, a broncô-pneumonia, a gangrena, mais raramente o enfisema por perfuração das vias respiratórias, o abcesso do mediastino, hemorragias fulminantes por abertura da aorta, veia cava superior e artéria pulmonar.

*Gomas* — As mais importantes são as da traqueia. — Localizam-se como as úlceras nas extremidades. No período de amolecimento a tumefacção pode encher a luz do canal, dando dispneia permanente muito

penosa. As dos brônquios não apresentam o perigo da asfixia, mas podem dar origem a hemoptises graves, por ulceração dos vasos que acompanham o conduto aéreo. Umas e outras, no período de ulceração, oferecem os mesmos perigos já expostos.

**Sífilis pulmonar com dilatação dos brônquios** — A dilatação brônquica de origem sífilítica é sobretudo provocada pelas ulcerações. Em geral esta forma coincide com a esclerose pulmonar. Êstes doentes semelham o tipo da tuberculose fibrosa comum. O exame pulmonar mostra sinais de enfisêma, bronquite e dilatação dos brônquios.

Tem dispneia de tipo enfisematoso, expectoração abundante, numular, às vezes sanguinolenta. A febre, variável, muitas vezes hética, nos estados adiantados, é por vezes elevada, devido possivelmente a estados infecciosos associados.

O prognóstico em geral é sombrio — além duma cura difícil, o coração cansa-se, dilata-se, e estabelece-se muitas vezes um ciclo de estases sanguíneas nas bases pulmonares, as quais acabam por trazer a assistolia.

### Observação n.º 3

D. F., 34 anos, casada.

Comecei a tratar esta doente em 1916. Queixava-se duma tosse freqüente, às vezes quintosa e provocando vômitos, respiração muito ruidosa, sibilante, expectoração mucò-purulenta muito abun-

dante, com camadas muito arejadas, às vezes sanguinolenta, fazendo temperaturas vesperais entre 37°-37°5, raras vezes 38°, e suores nocturnos profusos. Doente muito emmagrecida, o seu tórax é descarnado, mal conformado, assimétrico, e a palpação mostra aumento de vibrações vocais no hemitórax direito, acentuadamente no vértice, onde a percussão marca uma larga zona de submatidez da fossa supra espinhosa. A auscultação deixa ouvir uma respiração rude, sibilante, cheia de roncos; no vértice direito ha zonas pouco permeáveis, a expiração é soprada, com a voz cavernosa, acentuada pectoriloquia áfona e nas inspirações profundas ouve-se uma chuva de sarridos subcrepitantes na fossa supra espinhosa e espaço inter-escapular direito.

Pulso hipotenso, freqüente, ponta do coração batendo no 5.º espaço intercostal, para fora da linha mamilar, ruídos cardíacos apagados. O exame geral mostra-nos nariz em *lorgnette*, cicatrizes esbranquiçadas dos antebraços e cotovelos direitos, com exostose da cabeça do cúbito do mesmo lado.

**Antecedentes hereditários** — Pai e dois tios paternos sífilíticos. Pelo lado materno nada de importante. Casada ha 15 anos. Marido saudável. Nunca teve filhos.

**Antecedentes pessoais** — Saudavel até 1904. Nesse ano começou a emmagrecer, a sentir tosse, com expectoração, falta de ar, dores torácicas. É dada como tuberculosa, mas repetidas análises da expectoração são sempre negativas. Passados alguns meses, começa a sofrer do nariz, uma rinite tenaz que pouco a pouco

vai alastrando, invadindo os ossos próprios do nariz. Tem ozêna e são extraídos alguns sequestros. Pouco depois aparece uma goma na testa e outra no ante-braço direito. Faz fricções mercuriais e toma iodeto, mas o tratamento é irregular, mal seguido e as melhoras são pequenas. Em 1906 e 1907 faz curas em Vizela.

A tosse porêem, persiste com períodos pequenos de acalmia. Em 1909 teve um violento ataque de albuminúria. Sente dores na região hepática e vômitos biliosos. Faz injeções de óleo cinzênto e experimenta melhoras consideráveis. Cicatrizam as lesões do nariz e cotovêlo. Mas a doente é pobre, descuida o tratamento e arrasta os anos, ora a pé ora na cama, acirrando-se a bronquite à menor ponta de frio. Nunca teve o cancro duro, nem notou manchas pelo corpo.

**Evolução da doença** -- Repito a análise à expectoração que vem negativa por duas vezes e começa a usar de biiodêto de mercúrio e iodêto de potássio. Faz uma cura de ares numa aldeia dos arredores e as melhoras são sensíveis.

Deixo de vêr esta doente durante os 2 anos de mobilização militar que tive. Nêste período, em 1918, o seu estado agrava-se, faz freqüentemente altas temperaturas e tem a gripe epidémica de forma bronco-pneumónica. O seu estado é gravíssimo, o emmagrecimento profundo. Vai convalescer para Louzada, faz algumas curas de biiodêto de mercúrio e as melhoras acentuam-se. Começa a nutrir e, quando de novo a observo em março de 1919, o seu estado geral é ótimo.

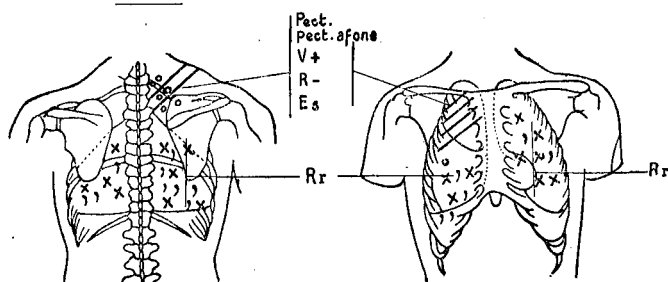


Faz ainda com facilidade bronquites, mas tem largos períodos sem tosse, ha meses que não tem febre, o seu estado de nutrição é bom e o exame pulmonar modificou-se extraordinariamente. A respiração continua rude, mas não são audíveis sarridos subcrepitantes no vértice, a repercussão da voz não é cavernosa. Persiste a pectoriloquia áfona e diminuição de murmúrio no vértice.

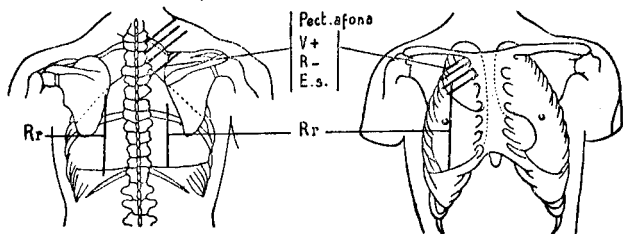
O exame radiográfico mostra obscurecimento do vértice direito.

Observação n.º 3 — D. F.

1916



1919



**Forma laringo-pulmonar** — Modernamente apresenta-se esta forma de associação, como um tipo especial. Com efeito, a literatura médica aponta mais casos desta associação que a de pulmão-sifiloses com lesões concomitantes da pele e das mucosas. Quantos e quantos casos, em que o laringologista, fazendo o diagnóstico duma lesão da laringe, cura uma sífilis pulmonar em evolução?

**Sífilis pulmonar com pleurisia** — A existência das pleurisias sífilíticas é muito discutida.

Sobre as pleurisias do período secundário diz Darier. *Il est remarquable que dans les services spéciaux ou les syphilitiques abondent, on ne recontre pas de syphilis secondaire de la pleure; je n'en ai observé un seul cas*. E Fournier sobre as pleurisias terciárias afirmava não poder garantir que não as houvesse independentes de toda outra afecção pulmonar, primitivas, essenciais, mas verificava que em todas as autópsias, realizadas sob a sua direcção, nunca tinham sido encontradas.

De facto a natureza destas pleurisias é muito para discutir, como veremos.

**Pleurisia do período secundário** — Vem de ha muito a constatação da coincidência de pleurisias com os accidentes do secundarismo. São as chamadas pleurisias do estado roseólico. Bazin explicava a sua patogenia pela predilecção que a sífilis tem neste período pelo sistema linfático.

Descrevem-se duas variedades:

a) *Pleurisia seca* — Observei ha 3 anos uma,

num sífilítico que estava no declinar do secundarismo.

Era bilateral, apirética, manifestando-se por pontadas nas bases, formação de ligeiros atritos pleurais, acompanhada de enfraquecimento geral. O tratamento específico jugulou imediatamente esta sintomatologia. Devo notar que havia na família tuberculosos e que um irmão faleceu de sífilis-tuberculose pulmonar.

b) *Pleurisias com derrame* — O derrame é em geral pequeno, róseo, freqüentemente bilateral. A sintomatologia é duma grande benignidade. Quando o derrame é grande e domina a scena, em geral é unilateral e devemos temer sempre outra natureza.

Oetinger e Malloizel afixam que, procurada sistematicamente em todos os sífilíticos, a reacção pleural se encontra em  $\frac{2}{3}$  dos casos. Lépine, na sua tese, distingue também duas variedades de pleurisias do secundarismo: — umas, latentes, que é preciso pesquisar com cuidado pela sintomatologia pouco alarmante que fazem; outras, de grande derrame, de sintomatologia alarmante. As primeiras são sífilíticas, as segundas indicam o despertar duma tuberculose latente.

Bezançon e Gastinel estudaram algumas destas últimas, verificando que, apesar da reacção de Wassermann positiva no líquido do derrame, este, injectado na cobaia, pode tuberculizá-la. Sergent narra um caso em que o tratamento específico nada actuou sobre a absorção dum derrame enquanto jugulava os accidentes cutâneos da sífilis.

**Pleurisia do período terciário.** — São conhecidas três variedades :

- a) *Coexistindo com uma pneumopatia sífilítica.*
- b) *Associada a lesões sífilíticas de vizinhança.*
- c) *Primitivas.*

a) *Pleurisias acompanhando uma pneumopatia terciária* — Wirchow e Lancereaux frisam a freqüência de espessamentos e aderências pleurais encontradas nas autópsias de sífilíticos pulmonares. «*Une pleurisie membraneuse, chronique et seche est, pour ainsi dire, l'acolyte obligé des lésions syphilitiques circonscrites ou diffuses du parenchyme pulmonaire*» — diz Lancereaux.

Mas esta reacção pleural não é a única conhecida. Dieulafoy, Balzer e Gaucher, citam observações de pleurisias exsudativas de grande derrame, a maior parte das vezes sanguinolento. Fournier cita a seguinte observação de Balzer, sobremaneira interessante: Um homem de 32 anos foi admitido no hospital com um conjunto de perturbações pulmonares e sinais físicos que levavam ao diagnóstico de pneumonia caseósa — febre, tosse, dispneia, expectoração ferruginosa misturada a escarros mucò-purulentos, matidez, sôpro brônquico, ralas subcrepitan-tes disseminadas; passado algum tempo, surge uma pleurisia do mesmo lado com abundante derrame. Diagnosticam pleurisia tuberculosa, complicando uma tuberculose pulmonar. A morte sobrevem e a autópsia mostra, não lesões tuberculosas, mas o pulmão cheio de gomas, das quais a mais volumosa

aflorava a pleura. As pleuras espessadas com um revestimento fibroso atingindo na base 1 centímetro. Derrame de 2 litros, turvo e sanguinolento.

b) *Pleurisia associada a lesões sífilíticas de vizinhança.*

São as pleurisias descritas por Nikouline sob o nome de peri-pleurisia-sifilítica. São consequência de periostites costais específicas, caracterizando-se por um pequeno derrame e simulando o abscesso frio pleural de origem costal. O tratamento sífilítico cura-as por completo.

c) *Pleurisias terciárias primitivas* – Estas pleurisias, apresentando-se como única manifestação da sífilis sobre o aparelho respiratório, são extremamente duvidosas. Nikouline descreve uma forma seca, Roger e Sabaréanu fazem em 1910 as primeiras observações de pleurisias sero-fibrinosas sífilíticas com a evolução clássica das pleurisias serosas *a frigore*. Estes autores apoiam este diagnóstico nos seguintes factos: Reacção de Wassermann positiva no derrame, pesquisa do bacilo de Koch negativa, inoculação na cobaia negativa, tratamento específico seguido de cura rápida e completa. Eis uma das observações:

Homem de 46 anos, sífilisado aos 24, sem antecedentes tuberculosos, faz uma pleurisia com 3 litros de derrame, dispneia forte, temperatura de 40°.

O exame do líquido dá linfocitose pura, sem bacilos de Koch e com pesquisa do treponema infrutífera. Reacção de Wassermann positiva no soro e no derrame; inoculação na cobaia negativa; tratamento específico com êxito completo.

**Discussão** — Vejamos agora quais destas formas de pleurisias uma crítica rigorosa determina e classifica como sifilíticas. Quási tôdas são de natureza duvidosa. Só as constituídas por lesões esclerò-gomosas da pleura associadas a pneumopatias sifilíticas ou a lesões de vizinhança são irrefutáveis. Estudemos cuidadosamente as serò-fibrinosas do secundarismo e terciarismo. Aduzamos os argumentos que nos fornece a clínica, ao lado dos pedidos ao laboratório.

Vejamos os primeiros. A existência da sífilis não prova, não afiança que determinado acidente seja da mesma natureza. Sabida como é hoje a preparação ótima que o terreno sifilítico cria à tuberculose, como afiançar que a pleurisia observada não seja o despertar duma tuberculose latente ou o anunciar duma infecção que se associa?

O êxito do tratamento específico não tem explicação suficiente, conhecendo-se a sua acção favorável na evolução duma tuberculose em terreno sifilítico.

Os exames de laboratório também só condições de probabilidades nos oferecem. Se o bacilo de Koch não é encontrado na expectoração, como garantir que se não trata duma tuberculose fechada ou que a lesão é simplesmente pleural? Se a pesquisa é positiva, como afiançar que certo acidente pertence a uma ou outra das infecções? No estudo do líquido: a forma citológica pouco diferente é nas duas infecções e não dá elementos de pêso para o diagnóstico; a pesquisa do bacilo de Koch, por exame direito ou por inoculação, nada afirma, quando

negativa. Reacção de Wassermann, tuberculino-reacção, oferecem-nos as mesmas dúvidas. Qual seria pois a prova capaz? A presença do treponema e a ausência do bacilo de Koch no líquido serò-fibrinoso.

Tantas dúvidas e dificuldades explicam-nos porque autores ha que negam a pleurisia do estado roseólico e a razão de Landouzy afirmar tôdas estas pleurisias — de *support syphilitique et de nature bacillaire*.

## Sífilis e tuberculose

---

«Les deux maladies réunies semblent recevoir mutuellement, une nouvelle force de cette association. Elles forment ensemble un *état mixte* qui jette dans l'économie des racines encore plus profondes que chacune des maladies dont il est composé».

LUGOL.



A tuberculose não cria no organismo predisposição especial para a sífilis. Conhecem-se alguns casos de inoculação à superfície de úlceras tuberculosas, mas êstes factos são raros e não devem ser confundidos com as lesões híbridas dos sífilò-tuberculosos tão freqüentes nos héredò-sifilíticos. Mas a verdade é que a tuberculose cria uma predisposição especial ao terciarismo. Assim Neumann avalia em 20 % os sifilíticos que apresentam terciarismo e nota que êste é muito mais freqüente nos tuberculosos. Fournier escreve: «*On a remarqué une incontestable predisposition au terciarisme dans toutes les conditions defectueuses de santé, de constitution native, de temperament, dans les états anémiques, le lymphatisme, etc...*» — e explica êste facto pela menor resistência dos gânglios linfáticos, dei-

xando diminuída a defesa dos diferentes órgãos. A sífilis, ao contrário, predispõe o organismo para a tuberculose, quer imediatamente, quer por herança. A primeira forma, a mais rara, é o resultado da inoculação feita à superfície das ulcerações da pele e da mucosa, creadas pela sífilis.

É sobretudo fácil onde falha a barreira protectora da inflamação aguda com o seu cortejo de defesas — sífilides ulcerosas de evolução tórpidas, gomas e necroses. É o caso das sífilides laringo-traquiais, criando na rebeldia ao tratamento uma ótima porta de entrada ao bacilo de Koch. Cadier no seu tratado de laringologia diz: *«J'ai remarqué que presque tous les phthisiques, chez lesquels on voit survenir des accidents tres graves du larynx, avaient été antérieurement atteints de syphilis»*. Landouzy, Jaquinet e Sergent afirmam que a tísica laríngea é um indício revelador da sífilis representando um enxerto directo sobre uma laringopatia sífilítica ou então a porta de entrada duma tuberculose pulmonar que secundariamente se propagou à laringe. A forma indirecta é o processo comum de tuberculização. Ricard dizia que a sífilis era o *branle-bas* na economia, chamando todos os vícios orgânicos, despertando todas as diáteses latentes. Fournier inscreveu a sífilis no capítulo etiológico da tuberculose pulmonar.

Para Sergent que de ha longos anos vem dedicando uma observação cuidada ao problema da associação sífilis-tuberculose, a sífilização cria uma espécie de impregnação do organismo, um terreno de eleição para a tuberculose. É sobretudo nos

hérédò-sifilíticos que nós sentimos a influência desta preparação, predisposição de terreno.

Grancher, que viu milhares e milhares de tuberculosos, afirma que  $\frac{9}{10}$  dos tuberculosos confirmados trazem estigmas de hérédò-sífilis — e Sergeant, falando da dificuldade que muitas vezes representa a averiguação do passado mórbido ancestral, diz: — *chaque fois que j'ai pu rechercher la syphilis dans les antécédents héréditaires des tuberculeux, je l'ai trouvée chez l'un des ascendants, le pere en général.*

A tuberculose pode aparecer imediatamente à sifilização como consequência da acção debilitante, depressiva, anemiante, do secundarismo, representando algumas vezes o despertar de taras latnetes — ou tardiamente, no terciarismo, muitas vezes mesmo quando a sífilis de ha muito anda esquecida.

Como sofre o organismo a associação das duas infecções?

«*Mauvaise, tres mauvaise association morbide que celle de la tuberculose et de la syphilis marchant de pair*» — dizia Landouzy.

Nem sempre o abraço das duas infecções apresenta tão negras côres. A literatura médica aponta muitos casos em que a evolução se faz como na nossa observação n.º 6, com desaparecimento completo e duradouro dos bacilos de Koch da expectoração — e são inúmeros os casos em que a tendência esclerosante da sífilis cria, por assim dizer, uma barreira fibrosa ao desenvolver da lesão tuberculosa.

O pessimismo desta associação não está na maneira como evoluçionam as diferentes formas da

associação — o perigo está na sua freqüência, na maneira como a sífilis, quer adquirida, quer herdada, prepara o terreno para a tuberculização. Um diagnóstico e tratamento feitos a tempo são a salvação de muitos doentes — mas, o que sobretudo urge preparar é a luta de profilaxia contra a sífilis e desviar o héredò-sifilítico do contágio da tuberculose.

Como veremos no decorrer das diferentes formas da associação das duas infecções, o prognóstico depende:

— Das circunstâncias etiológicas e patogénicas que envolvem as origens da associação mórbida.

— Do grau de virulência e tenacidade de cada uma das duas infecções.

— Do tratamento, na sua oportunidade e na maneira como é conduzido.

Contudo, mesmo com melhoras extraordinárias, clinicamente curados, os sífilò-tuberculosos apresentam sempre uma sensibilidade requintada a tôdas as causas de depauperamento e necessitam duma vigilância médica constante.

**Tuberculoso que se sifilisa** — Ao lado de casos em que a sífilis evoluciona, mostrando-se só pelo aparecer de algumas placas mucosas e roséola, podemos observar outros em que a sifilização torna o prognóstico estranhamente sombrio.

Estado do terreno tuberculoso, qualidade e tenacidade da infecção sifilítica, tratamento seguido, condições de vida do doente, são factores que se

conjugam sob mil aspectos, tornando *a priori* difícil, ou impossível, um prognóstico seguro.

Se o tuberculoso consegue energia orgânica capaz de suportar os acidentes mais ou menos agudos que marcam o primeiro abraço das duas infecções e faz um tratamento cuidadoso, podemos mesmo assistir a casos em que a primeira infecção lucra pela tendência esclerosante que a sífilis lhe traz. Foi a tendência benéfica de alguns destes casos que fez dizer precipitadamente um grande médico aos seus tuberculosos — *tachez donc d'attraper la vérole!*

Mas, o secundarismo anuncia-se com fenómenos de intoxicação profunda, anemia, emmagrecimento, astenia e o prognóstico torna-se sombrio, tanto mais quanto mais o doente desleixa ou abandona o tratamento.

Um cavernoso exausto, um depauperado orgânico pela primeira infecção e a sifilisação é a chicotada última para a galopada até à morte.

**A sífilis precede a tuberculose** — De uma maneira geral podemos agrupar as diferentes modalidades clínicas desta forma de associação, segundo dois tipos principais — a) a tuberculização declara-se imediatamente à infecção sifilítica ou nos primeiros anos — b) a tuberculose aparece tardiamente, no período terciário, às vezes mesmo quando o sifilítico esqueceu por completo a sua infecção.

Estudemos o primeiro tipo. Podemos observar casos em que a tuberculose se declara com as primeiras manifestações secundárias — e casos em que

a alerta tuberculosa se manifesta no declinar do secundarismo, antes dum terciarismo confirmado.

Os primeiros são em geral de um prognóstico sombrio, ocupam a coluna negra das estatísticas. São os casos mais fatais desta simbiose terrível. O organismo depauperado, empobrecido pela primeira infecção, não consegue forças que o reabilitem para a luta contra a tuberculose. São duma evolução rápida, muitas vezes tomando a forma granúlica. Representam o despertar dum foco tuberculoso preexistente — a contaminação directa aberta pelas placas mucosas, laringite e tráqueo-bronquite.

Os segundos casos são em geral os tipos da associação nas sífilis secundárias rebeldes e mal tratadas, medicamentosa e higiênicamente.

Um tratamento completo, bem conduzido — e podemos vêr êstes doentes jugular perfeitamente as suas infecções, realizando muitas vezes o tipo da tuberculose fibrosa auxiliada pela sífilis.

**Tuberculose tardia** — Por que processos se tuberculiza tardiamente um sífilítico?

Uns, tendo no decurso do terciarismo uma goma sífilítica da laringe, uma pneumopatia, sôbre as quais se enxerta a tuberculose — sendo o tecido gomoso, como já dizia Fournier, um excelente meio de cultura para o bacilo de Koch. Outros pela predisposição especial que cria para a tuberculose o terreno trabalhado pela sífilis e que fez dizer a Landouzy *la syphilis fait le lit de la tuberculose*. Estas formas são, em geral, de uma evolução lenta e tórpidas. São o tipo da verdadeira simbiose sífilo-tuberculose. Se dum lado a primeira infecção cria

terreno ótimo para o bacilo de Koch, por outro lado os velhos sifilíticos reagem à tuberculose como esclerogénicos que são.

Esta tuberculose fibrosa não apresenta caracteres próprios. Toma a forma banal do enfisema, catarro crónico, com sínfises pleurais parciais, dilatação brônquica — quasi sempre com predomínio de lesões nos vértices. A expectoração é abundante, mucò-purulenta, numular, às vezes sanguinolenta. Êste estado vai-se arrastando, alarmado às vezes por *poussées* em geral tenazes ao tratamento, mas curáveis — e os doentes sucumbem a maior parte das vezes por assistolia progressiva, de origem pulmonar.

Esta evolução da tuberculose é tão dirigida para a esclerose pela sífilis que a constatação de uma tuberculose fibrosa num doente, deve obrigar todo o médico à pesquisa, cuidada e sistemática, de todos os sinais da parasífilis.

Vejamos algumas observações:

#### **Observação n.º 4**

J. D. R., estudante, 26 anos, solteiro.

Indivíduo de aparência robusta, de 1,<sup>m</sup>72 de altura, 71 kilos de pêso; tórax bem conformado, com um perímetro torácico, tirado na linha mamilar, durante a inspiração profunda de 93<sup>cm</sup>. Em março de 1918 começou a emmagrecer, a sentir-se triste, com falhas

de memória que o assustavam, fatigando-se ao menor esforço — com dôres estomacais e digestões difíceis. Como fazia por vezes refeições em comum com indivíduos sifilíticos, um dos quais com placas mucosas da bôca, mandou fazer a reacção de Wassermann que teve como resultado — «muito fortemente positiva».

Começou o tratamento anti-sifilítico, tomando 4 injeções de «914» nas doses respectivas de 30, 60, 75 e 90 centigr. 24 injeções intra-venosas de cianeto de mercúrio e algumas intra-musculares de benzoato de mercúrio.

Tôdas as perturbações sofridas desapareceram, tornou ao pêso antigo, voltou-lhe a alegria e boa disposição para o trabalho.

Em dezembro teve a gripe de forma torácica que o reteve no leito 20 dias. Levantou-se com tosse sêca persistente. Sentia-se bem contudo, e fez uma convalescença rápida.

Em 6 de fevereiro de 1919 fez de novo uma injeção de 90 centigr. de «914». No dia 13 do mesmo mês, fez a correr um longo trajecto. Ao chegar a casa teve uma hemoptise. O exame da expectoração feito dias depois revelava profusos bacilos de Koch. Durante uns dias, febrícula vespéral.

Em março, época em que comecei a trata-lo o estado pulmonar era o seguinte: no hemitórax esquerdo, augmento de vibrações vocais no vértice e base; submatidez nas fossas infra-claviculares e supra-espinhosa, menos acentuada na base; sarridos subcrepitantes finos na zona de alarme de Chauvet e na fossa infra-clavicular — êstes últimos só perce-



ptiveis após tosse ; com expiração soprada, broncofonia e pectoriloquia áfona ; inspiração intercisa da base. No hemitórax direito — respiração levemente rude.

O pulso rápido, freqüente (80), hipertenso. A auscultação cardíaca revela um sôpro ligeiro, no foco aórtico com propagação para a clavícula direita.

O estado geral bom. Está um pouco anêmico, mas sente-se forte, não tem emmagrecido, está apirético e conserva o apetite. Nada de anormal nos outros órgãos e sistemas. O exame radiográfico mostra obscurecimento do vértice direito e dilatação da aorta.

**Antecedentes hereditarios** — Nem antecedentes sífilíticos nem tuberculosos. Família saudável e em geral de grande longevidade.

**Antecedentes pessoais** — Foi sempre saudável e dado a sport.

Além duma icterícia catarral ligeira, há dois anos e do sarampo em criança, nunca esteve doente.

**Diagnóstico** — A sintomatologia apresentada por este rapaz, limpo de estigmas e de taras ancestrais, impõe-se como um caso em que a sífilisação representa um abalo violentíssimo no organismo, tocando ao mesmo tempo a aorta e o território pulmonar. Estudante de medicina, na ambiência, eminentemente propícia, do hospital, a sua tuberculisação faz-se, mercê do terreno preparado pela sífilis.

**Evolução** — Cura de repouso, alimentação própria, remineralisação feita pela tricalcina, alternando com os glicerò-fosfatos de Robin com ferro e começa a fazer injeções de hectargírio. Ao fim de 12 injeções apresenta de novo febrícula vespéral e faz uns escarros hemoptoicos. Passo a cura simplesmente mercurial pelas injeções de biiodeto de mercúrio.

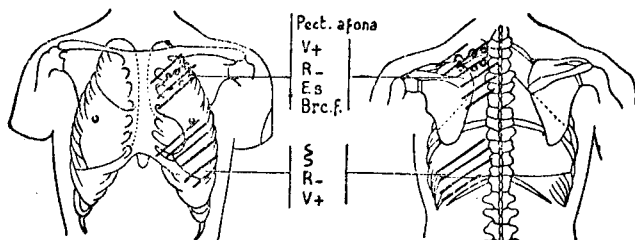
O seu estado melhora dia a dia. Aumenta de pêso, sente-se bem disposto, alegre, sempre apirético e começa a dar os seus primeiros passeios, resolvendo fazer uma cura de ares numa aldeia. O exame pulmonar dias antes da sua partida era animador. Já não eram ouvidos ruídos adventícios. Uma ligeira submatidez no vértice e base do pulmão esquerdo, fazendo-se rudemente, ainda, a inspiração.

O exame da expectoração mostra ainda bacilos de Koch, mas em muito menor quantidade.

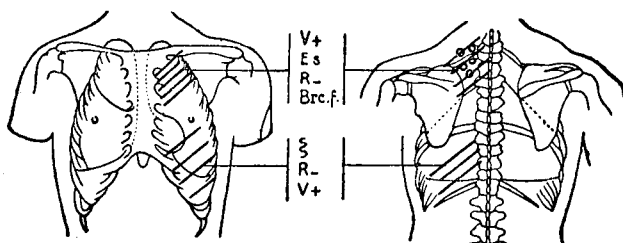
**Nota** — Este doente teve uma recaída na aldeia, fazendo de novo uma hemoptise pequena. A auscultação revela sarridos subcrepitantes finos na fossa supra-espinhosa e infra-clavicular direita e no espaço inter-escapular do mesmo lado. Durante duas semanas fez febrículas vespérais de 37-37,5. Actualmente está apirético e a evolução das lesões mostra-se favorável sob a influência dum tratamento pelo biiodêto de mercúrio.

## Observação n.º 4 — J. D. R.

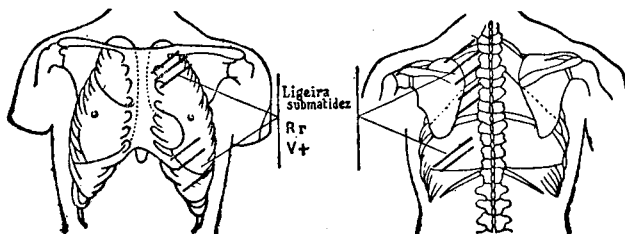
Março de 1919



Abril de 1919



Maio de 1919



**Observação n.º 5**

A. B., costureira, 33 anos, viuva.

**Antecedentes hereditários** — Mãe pouco saudável, tem tido por várias vezes hemoptises. Alguns irmãos sífilíticos. Marido morreu tuberculoso (?) e era sífilítico. Teve 6 filhos: 2 morreram de meses, com enterites, dois outros mortos aos 3 anos, com a mesma doença. Um destes era tratado de sífilis no dispensário. Dos dois que vivem, um parece saudável e outro sofre muito de escrófulas. Nunca teve abortos.

**Antecedentes pessoais** — Sarampo e varíola em creança. Foi saudável até ao casamento. Nunca teve feridas nem manchas no corpo,

**História da doença** — Em junho de 1919 teve uma bronquite muito forte. Tosse rebelde, dôres no peito e fez uma hemoptise. Consultou um médico; os escarros hemoptóicos cessaram, mas o emmagrecimento foi-se acentuando, cada vez maior falta de forças e em julho entrou no hospital muito febril. A pesquisa da bacilo de Kock na expectoração foi positiva, assim como a reacção do Porger-Meyer.

A temperatura sempre maior que 37,6 atingia muitos dias 39.º Em agosto deram-lhe 20 injeções de benzoato de mercúrio, sentindo desde logo grandes melhoras — apetite, baixa de temperatura, mais forças e aumento de pêso. Fez depois um grande

repouso de tratamento, começando de novo a sentir-se mal.

Em janeiro começou de novo com o tratamento mercurial, sentindo imediatamente grandes melhoras. Desapareceu a febre, fazendo raros dias temperatura vespéral de 36° — 37°,5. O exame à expectoração, feito em fevereiro, é negativo e como se sente forte, nutrida, a tosse quasi acabada, pede alta do hospital.

Tenho seguido esta doente desde então. O exame do aparelho respiratório mostrava: tórax bem desenvolvido e simétrico; augmento de vibrações vocais em todo o hemitórax direito; submatidez no mesmo hemitórax, sobretudo na fossa supra espinhosa e em toda a base. Pela auscultação notava-se — à direita, na face anterior: inspiração rude com expiração soprada nos 3 primeiros espaços intercostais, sarridos sub-crepitantes em todo o resto; na face posterior: murmúrio respiratório diminuído, ouvindo-se alguns atritos pleuraes no espaço inter-escapular e crepitações na base após a tosse — à esquerda: respiração rude do vértice.

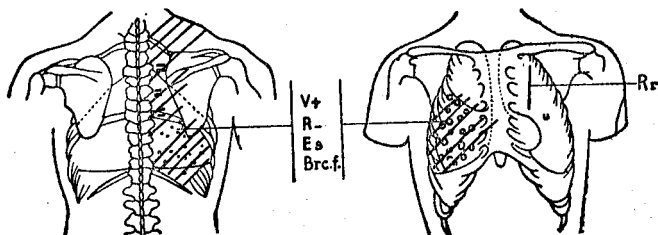
Em março fez 20 injeções de benzoato de mercúrio (de 2 centigramas) e tomou 60 hóstias de *Ferrier*. Em abril 12 intravenosas de cianeto de mercúrio (1 centigr.) e 6 intra-musculares de biiodeto em soluto oleoso.

O seu estado tem melhorado sempre. Apesar do trabalho de que vive ser fatigante e de fazer uma alimentação por vezes insufficiente, o seu estado geral é regular, a temperatura só atinge mais que 37° nos primeiros dias de cada menstruação

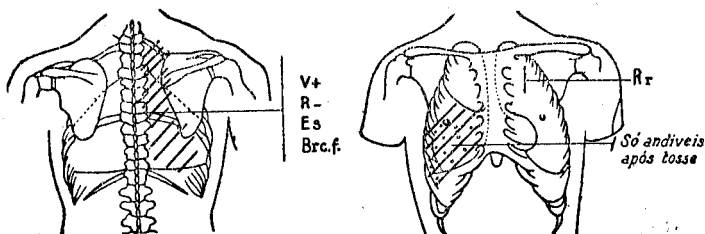
que se tem feito sempre regularmente, o pulmão direito tem se tornado mais permeável sobretudo no vértice; na face anterior só após a tosse se ouvem crepitações e desapareceram os atritos e crepitações da face posterior.

Observação n.º 5 — A. B.

Fevereiro de 1919



Junho de 1919



Observação n.º 6

F. A., casado, 34 anos. capitalista.

Ha 3 anos aparece numa consulta que eu seguia. Indivíduo entroncado, de apparencia robusto, está febril e tem o corpo coberto de pápulo-pustulas umbilicadas, semelhante a varíola. Era este o diagnóstico feito até aí, mas a disposição cíclica das pápulas, a história dos seus antecedentes, contando o cancro duro alguns meses antes, faz pensar em sífilides varioliformes — e a reacção de Wassermann confirma o diagnóstico. Instituido tratamento anti-sifilítico, dias depois desapareciam os accidentes dermatológicos e a temperatura era normal.

Meses depois apresenta-se novamente à consulta, portador duma tosse tenaz, renitente ao tratamento, com expectoração mucò-purulenta, enfraquecimento geral e pequena febrícula.

O exame mostra um tórax em quilha, assimétrico, com aumento de vibrações vocais e submatidez em todo o hemitórax direito, mais acentuadamente para a base. A auscultação deixa ouvir: à direita e na face anterior, diminuição do murmúrio respiratório, sobretudo na base; atritos pleurais da base; sarridos suberepitantes nos dois primeiros espaços intercostais; na face posterior diminuição do murmúrio com broncofonia e pectoriloquia áfona do vértice, estalidos e ralas de fusão tuberculosa em larga zona na base. No hemitórax esquerdo — respiração rude no vértice. A reacção de Wassermann, novamente repetida, é ainda forte-

mente positiva e o exame da expectoração revela profusos bacilos de Koch.

**Antecedentes pessoais** — Além do sarampo e coqueluche que teve em criança, nunca esteve doente.

**Antecedentes hereditarios** — O pai faleceu duma lesão cardíaca. Uma sobrinha tuberculosa. É casado ha 10 anos. Teve no segundo ano um filho e no quinto outro. São saúdaveis. Nada mais de importante.

**Evolução** — Levado pela mobilisação a França, deixou de seguir êste doente, que durante êste intervalo fez tratamento pelo hectargírio, inecções de óleo gomenolado e cura de recalcificação, sem abandonar os afazeres da sua vida. De novo o vejo em maio dêste ano chamado por uma bronquite acirrada que é debelada em quatro dias. Aumentou alguns kilos de pêso, o seu aspecto é florescente. Por precaução, de quando em quando, mete o termómetro, mas a sua temperatura é sempre normal. De tempos a tempos sente dôres reumatismas que algumas inecções imediatamente fazem cessar. O exame pulmonar mostra aumento de vibrações com ligeira submatidez no hemitórax direito. O pulmão é todo permeavel, notando-se uma diminuição de murmúrio no vértice e base. Não ha ruídos adventícios.

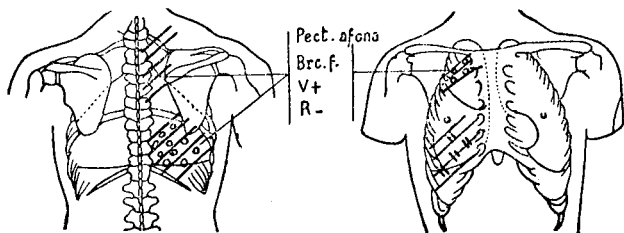
Um exame à expectoração não revela bacilos de Koch.



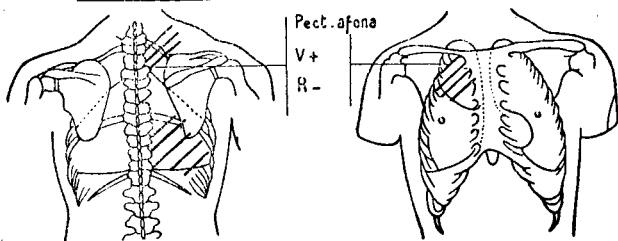
**Diagnóstico** — Trata-se evidentemente dum caso de sífilis e tuberculose pulmonar associadas. O tratamento antisifilítico realiza a cura clínica.

**Observação n.º 6 — F. A.**

1917



Maio de 1919



**Observação n.º 7**

M. C., 32 anos, casado, chauffeur.

Comecei a tratar este doente em fins de junho deste ano. Sentia-se bem, forte, cheio de saúde

quando lhe sobreveio uma hemoptise. É um indivíduo bem constituído de tórax largo e bem desenvolvido.

O seu estado geral parece florescente. O estado pulmonar é o seguinte num primeiro exame: Hemitórax esquerdo — respiração rude do vértice. Hemitórax direito — aumento de vibrações vocais no vértice e na base com sub-matidez da fossa supra-espinhosa e de toda a base; diminuição do murmúrio respiratório na fossa supra-espinhosa; respiração rude na base, ouvindo-se alguns atritos pleuraes abaixo do mamilo.

A auscultação cardíaca nada revela de anormal. Pulso cheio, tenso, com 75 pulsações por minuto. Apresenta estigmas de héredò-sífilis: microdentes mal implantados, língua fissurada e abóboda palatina em ogiva. Temperatura de 37.º. Nada mais de anormal ao exame geral.

**Antecedentes pessoais** — Cancro duro ha cinco anos. Durante o primeiro ano tomou 24 injeções de mercúrio e em cada um dos anos seguintes 12 injeções. Tomava xarope de Gibert havia 10 dias quando teve a hemoptise. Tinha escrófulas em creança.

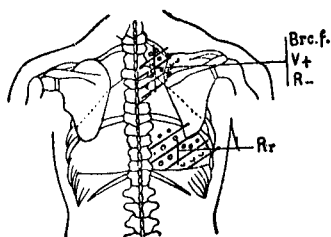
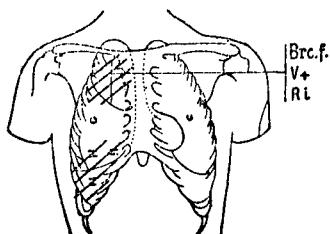
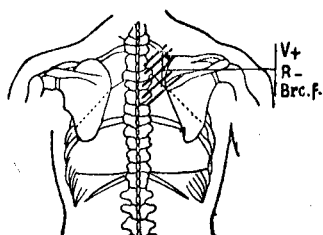
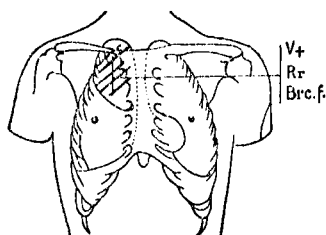
**Antecedentes hereditários** — Do lado paterno nada conhece. Avós maternos faleceram velhos. Mãe saudável. Não conhece caso algum de doenças pulmonares na família.

**Diagnóstico e evolução** — Feita a terapêutica sintomática, a hemoptise, não se repete mais. O doente

faz febrículas de 37°-37°5 durante 4 dias. Ao 3.º dia levanta-se para fazer a barba e tem dois escarros hemòpticos. Ao exame pulmonar, além do descrito anteriormente, observa-se uma chuva de ralas subcrepitantes finas na face posterior da base do pulmão direito e crepitações finas na zona de alarme de Chauvet, após tosse. A expectoração, muito diminuta é mucò purulenta e a pesquisa do bacilo de Kock é positiva.

Ao 5.º dia de doença a temperatura volta ao normal, nunca mais fazendo febre. O estado geral conserva-se bom, tem apetite, sente-se forte. Pela séde das lesões, estigmas que apresenta e história dos seus antecedentes, faço o diagnóstico de sífilo-tuberculose e prescrevo as injeções diárias de 2 centigr. de benzoato de mercúrio, injeções de cinco cent. cúbicos de óleo gomenolado de 3 em 3 dias e cápsulas de Ferrier. Ao fim de 15 dias de tratamento o estado pulmonar tinha-se modificado.

A base do pulmão direito tornou-se permiavel e desapareceram os sarridos da base e do vértice. O doente sente-se muito bem e parte para a aldeia a ares. Quando regressa, vinte dias depois, só engordou meio kilo, mas o aspecto geral é ótimo, còrado, forte, com grande apetite, sempre apirético. O estado pulmonar não sofreu modificação visível. A pesquisa do bacilo de Kock na expectoração é positiva ainda, com dois bacilos por campo visual.

Observação n.º 7 — M. C.Junho de 1919Julho de 1919Observação n.º 8

C. F., 32 anos, viuva, operária.

Sente-se muito fraca. Ha um ano teve a *gripe* e desde então nunca mais foi menstruada. Qualquer esforço a põe em suores, tem falta de apetite, febrícula às tardes e tosse com pequena expectoração.

O exame pulmonar mostra em maio de 1919: Hemitórax esquerdo — respiração débil. Hemitórax

direito — aumento de vibrações em todo o hemitórax com submatidez do vértice; murmúrio respiratório diminuído, acentuadamente no vértice onde são audíveis ralas subcrepitanes finas nas fossas supra-espinhosa e infra-clavicular; rangeduras pleurais na face posterior da base.

A pesquisa do bacilo de Koch na expectoração é negativa.

**Exame geral** — Ulceração lupiforme do nariz, localisada na asa direita, lóbulo e parte inferior do septo, continuado sobre o lábio superior por uma cicatriz branca de forma estrelada.

Neste mesmo ponto e ocupando ainda os limites que a cicatriz toma, teve ha 10 anos uma ulceração idêntica tendo como origem um traumatismo. Fez um tratamento tônico que não sabe relatar, a ulceração quasi cicatrizou por completo e pela primeira vez lhe appareceu a menstruação.

A nova ulceração data de mais um ano.

Estigmas da héredô-sífilis: microdentes cheios de sulcos, mal implantados. língua fissurada, aboboda palatina em ogiva muito apertada; keratite turvando-lhe a visão do olho direito. Nada mais de anormal.

**Antecedentes pessoais** — Primeira menstruação aos 18 anos. Em criança o sarampo e a varíola e desde então nunca mais teve doença febril.

**Antecedentes hereditários** — Não conheceu o Pai. A mãe sofre de psoríase, assim como um tio. Tem

uma irmã pouco saudável, cujos filhos morrem atrópicos nos primeiros meses de vida. Um tio tuberculoso. O marido faleceu tuberculoso. Nunca teve abortos. Dos três filhos que teve, um parece saudável e os outros faleceram — um de meningite, outro de enterite, em crianças.

**Diagnóstico e evolução** — Diante de estigmas de hérédò-sífilis tão fortemente marcados e do exame negativo à expectoração, pensei num caso da associação sífilò-tuberculoso e comecei o tratamento fazendo-lhe injeções de um centig. de biiodêto de mercúrio. Ao fim de 15 dias as melhoras eram muito sensíveis, sobretudo no aparelho visual.

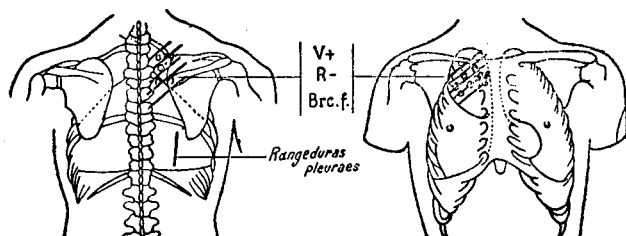
A doente começava a vêr muito melhor, a sentir-se mais forte, a temperatura voltou ao normal e apareceu a menstruação que havia um ano não tinha. A ulceração do nariz logo às primeiras injeções formou à sua roda uma zona inflamatória aguda, reduziu dias depois os seus diâmetros, mas de novo estacionou. Pulmonarmente o estado era sensivelmente o mesmo. Em frente dos resultados obtidos fiz a aplicação de 15 centig. de novarsenobenzol, seguida, oito dias, depois de dupla dose. Ha de nôvo uma *poussée* inflamatória mas é efêmera e a ulceração conserva os limites anteriores. Do lado pulmonar as melhoras são muito sensíveis — desapareceram os ruídos adventícios e a auscultação só revela uma diminuição de murmúrio com brôncofonia, no apex. A ulceração representa o tipo duma lesão híbrida de sífilis e tuberculose cutânea. Lenoir em 1891 fez a sua descrição

anatomopatológica praticando, em formas idênticas a biopsia antes e depois de tratamento específico. Comparando os cortes das duas biopsias verificou que persistiam ilhotas de tecido tuberculisado cercadas por faxas de tecido fibroso que representavam a cicatrização da parte sífilítica da lesão. Longin em 1905, na sua tese, aponta também casos desta simbiose em que o tratamento mercurial traz o desaparecimento dos infiltratos de naturêsa sífilítica, enquanto subsistem os de naturêsa tuberculosa.

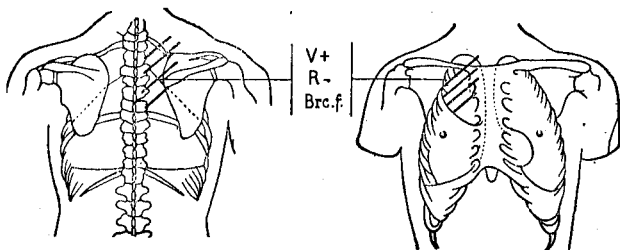
Sergent, em 1907, no livro *Syphilis et Tuberculose* mostra a impossibilidade de distinguir clinicamente uma escrófula tuberculosa, da sífilis, particularmente da hêredô-sífilis tardia, estabelece a diferença entre a sífilis escrófula e a escrófula assente sôbre terreno sífilítico que o mercúrio ou o salvarsan melhora ou cura.

#### Observação n.º 8 — G. F.

Maio de 1919



Julho de 1919



## DIAGNÓSTICO

Em frente duma tuberculose suspeita ou averiguada, o médico nunca deve esquecer a sífilis na pesquisa dos antecedentes do doente. A prática de Martinet, realizando o exame completo dum doente, obedecendo aos tres princípios — *totum, cito et exactum* apontados no seu livro «Diagnostique Clinique» tem de ser rigorosamente seguida nestes doentes. Verificar sempre todos os accidentes cutâneos e mucosos em evolução, cicatrizes; pesquisar com cuidado o sistema ósseo e dentário, sobretudo no que a hérédô-sífilis estigmatiza; observar o coração, aorta, reflexos, etc.

A tarefa nem sempre é fácil e torna-se muitas vezes impossível. O interrogatório tem de ser seguido com requintado cuidado. Ao lado dos que ignoram por completo a história mórbida dos seus ascendentes, temos a contar com aqueles em que os



acidentes da sífilis passaram despercebidos, uns por atenuados, outros por falta de auto-observação — e, ainda, embora isto pareça impossível, com os que negam obstinada e estupidamente uma sífilis conhecida. A pesquisa do treponema, quando negativa, não derrota uma linha de convicção seguida e, com raras exceções, só a podemos ter positiva nos accidentes primários e secundários. A reacção de Wassermann ótima para confirmação, auxiliar precioso quando positiva, nada decide perentoriamente quando negativa. O problema, como se vê, é cheio de dificuldades. Verificada a existência de sífilis, outra dificuldade se levanta. Como classificar uma ou outra das infecções da lesão observada? Como saber se uma determinada lesão é sifilítica ou tuberculosa, ou ainda producto da associação?

Uma escrófula, um lupus, uma osteo-artrite, oferecem-nos todas as cambiantes clínicas enganadoras — e só a eficácia da terapêutica nos póde, ás vezes, dicidir. Um tratamento exclusivamente mercurial, tendo pleno êxito, assevera — uma eficácia parcial, mas não basta para afastar a ideia duma tuberculose associada ou enxertada.

Numa lesão pulmonar também só elementos de presunção podemos obter. Clinicamente a sífilis apresenta-se com todas as modalidades estetoscópicas da tuberculose; o estado geral se nuns se mostra ótimo, noutros é violentamente atingido — e temos a contar ainda com sifilíticos cavernosos, com profusos bacilos de Koch na expectoração, nos quais o estado geral é florescente. Sôbre a pesquisa do

bacilo de Koch, é a velha prática de tuberculosas fechadas e abertas levantada de novo e de forma apaixonada no decorrer da guerra. Charles Richet, filho, num interessante artigo na *Presse Médicale*, nega a existência da tuberculose evolutiva fechada: 1.º a tuberculose pulmonar em actividade é aberta desde o início; 2.º a expectoração dos tuberculosos é sempre bacilífera. Insurge-se contra as tuberculosas denominadas fechadas, porque um exame não revelou bacilos — e aduz, numa pequena estatística de 55 doentes, 35 em evolução evidente, 18 em evolução suspeita, apresentando o seguinte quadro de percentagens de exames positivos:

|                             |   | T. EVIDENTE | T. SUSPEITA |
|-----------------------------|---|-------------|-------------|
| No 1.º exame                | + | 80          | 55,5        |
| No 2.º exame                | + | 14,3        | 16,6        |
| Nos dois primeiros e no 3.º | + | 5,7         | 11,1        |
| Só no 4.º                   | + | 0           | 11,1        |
| Só no 5.º                   | + | 0           | 5,5         |

Este artigo filia-se na corrente de reacção estabelecida em França contra a fobia de tuberculose que no começo da guerra encheu os hospitais. Dizia Rist «*la fonte des effectifs sous prétexte de tuberculose a pris de si alarmants proportions, qu'il est du devoir absolu du médecin de reagir contre cette déplorable tendance*». E começou então a lucta contra o falso tuberculoso com todos os exageros dos começos duma reacção. Esta corrente de tal maneira fez fé, que, em alguns centros de *triage* do exército francez, o nome de tuberculose bacilar só era dado

a doentes que apresentassem bacilos na expectoração. Actualmente algumas vozes se elevam em protesto contra esta classificação — Dumarest na *Presse Médicale*, E. Sergent no livro *Études cliniques sur la tuberculose*.

Certamente, como afirma Richet, os alvéolos pulmonares são duma tão grande delicadeza de paredes, que todo o foco está imediatamente em relação com o exterior, e é difficil admitir que um conjunto de granulações e reacções perigranúlicas, capazes de dar, por exemplo, respiração granulosa com submatidez e aumento de vibrações vocais, possa ficar muito tempo na espessura do tecido conjuntivo, sem fazer irrupção num canalículo alveolar; — mas a verdade é que os anatomopatologistas affirmam a frequência de ilhotas cicatriciais fibrosas ou cretaceas, completamente extinctas, que ficam no seio do parênquima pulmonar, como corpos extranhos e que muitas vezes tais processos fizeram uma evolução calada, sem perturbações notaveis, quasi sem expectoração, sem suspeita de causa. Casos de pleurites em que a participação pulmonar se afirma por pequenas hemoptises e por ligeira expectoração mucò-purulenta sem bacilos — tuberculosos de forma peribrônquica que Heise e Sompson descrevem localizadas nos tecidos peribrônquicos, abrindo-se raramente nos brônquios.

Verdadeiramente, no estado actual, nenhum meio de exploração, por si só e rapidamente, é capaz de nos dar a certeza sobre o diagnóstico duma tuberculose.

Nem a radioscopia, que é ainda um meio gros-

seiro de exame, não diferençando a esclerose cicatricial, lesões pleurais extintas, das que estão em evolução, nem a hemoptise, que pode ter outra origem, nem os sinais gerais, que traduzem uma infecção geral, nem o exame físico, que tem dificuldade, às vezes, em distinguir uma bronquite aguda duma tuberculose de forma brônquica, uma caverna duma dilatação dos brônquios, uma esclerose cicatricial duma tuberculose fibrosa.

Quantas vezes em França, no C. E. P., observamos variações respiratórias anormais dos ápices que, junto à sintomatologia lamuriada pelo *gosma*, alarmava o nosso escrúpulo em faze-lo seguir para as linhas, e que, trazidos, meses depois, à nossa ambulância, por uma dermatose ou por qualquer doença venérea, nós constatávamos com espanto a sua resistência àquella vida exaustiva, incrível por vezes, do soldado do C. E. P. Para nós ficou-nos como certo que um noviço não habituado à pratica de auscultação do anormal não patológico, poderá ter grandes surpresas de diagnóstico e prognóstico.

Não afirma Richet filho, que fez muitas vezes autópsias de indivíduos apresentando modificações respiratórias apicais bem sensíveis e que a autópsia não revelava nenhuma lesão pulmonar nem ganglionar?

Foram estes exageros, estes tuberculosos por *escrúpulo médico*, que deram origem aos exageros da contra-corrente...

Encaremos agora o diagnóstico terapêutico.

A eficácia do tratamento anti-sifilítico, sobre-

tudo parcial, não basta para uma afirmação absoluta — para afastar de vez a ideia duma tuberculose associada ou enxertada no mesmo território. Quantos sífilo-tuberculose não curam pelo simples tratamento mercurial?

Vejamos agora os processos laboratoriais. Temos a falar dos directos, compreendendo: exame de exsudatos e secreções, a citologia e pesquisa do bacilo de Koch, e reacções clínicas especiais — e os indirectos constando das reacções humorais gerais: o sôro diagnóstico e a tuberculinò-reacção.

Já falamos sobre o valôr da negatividade da pesquisa do bacilo de Koch. Os caracteres histológicos dos cortes, obtidos por biopsia, não aduzem elementos difinitivos, sabendo-se hoje que lesões tuberculosas ha em que a célula gigante não existe e que esta pode ser observada em lesões sífilíticas. A albuminò-reacção nos escarros pode ser negativa num sífilítico com uma pleurisia tuberculosa, se o pulmão não está grandemente tocado por esta infecção.

Observemos os processos indirectos. A tuberculinò-reacção só nos pode dar resultados de valôr, quando feita em crianças, sabido como é que 95 % dos adultos fazem cuti-reacção positiva. Strauss, Teissier, Favre e Augagneur, estudando esta reacção nos adultos sífilíticos, concluíram que os sífilíticos faziam anti-reacção positiva. «*La sous-cuti-reaction, pas plus que la cuti-reaction, ni que l'intra-dermo-reaction, ne peuvent servir à distinguer la tuberculose de la syphilis, syphilitiques et tuberculeux réagissant très aproximativement de même vis-à-vis de la tuber-*

*culine, les syphilitiques présentant même assez souvent les réactions à la tuberculine plus accusées que les tuberculeux avérés».*

Sergent rebateu estas afirmações, estudando a cuti-reacção em creanças héredò-sifilíticas.

Verificou que nestas a reacção conserva o mesmo valor que nas creanças não sifilíticas e conclue afirmando que, se esta reacção é mais frequente, mente positiva nos adultos sifilíticos, isto provem não de modificações humorais creadas pelo treponema e reagindo à tuberculina, mas sim da predisposição à tuberculose dos treponemizados e da frequência da associação sífilò-tuberculose.

Sergent aponta, entre outras observações, a seguinte, sobre maneira curiosa e concludente.

Uma rapariga de 7 anos entra no hospital com accidentes secundários da pele e mucosas consecutivos a uma contaminação accidental. A tuberculinò-reacção feita à entrada é absolutamente negativa. Ao fim de alguns meses de permanência nas salas do hospital, a doente começa então a fazer febre, a emmagrecer e aparece um eritema nodoso dos membros inferiores. A tuberculinò-reacção, feita de novo, é francamente positiva. Pouco depois fez uma pleurisia. Não é concludente este caso?

Digamos ainda que, seja qual fôr a significação deste processo, o problema fica-nos ainda limitado. Permite-nos concluir que no organismo existe qualquer fóco tuberculoso — mas como afirmar uma localisação?

Sobre a Reacção de Wassermann levantam-se as mesmas reservas tanto para a reacção feita no

soro como feita no liquido pleural, cêfalò-rachidiano, etc. Como pretender, por exemplo, tirar conclusões pela positividade da Wassermann num liquido pleural, sabendo-se que a reacção é também positiva na serosidade dum vesicatório aplicado num sífilítico ?

Vemos pois que nem o exame clínico nem os exames laboratoriais nos aduzem elementos de certeza para um diagnóstico seguro. As duas infecções misturam-se, confundem e modificam a sintomatologia de tal forma, que, deante de certas formas híbridas de sífilis e tuberculose, Sergeant hesita e não foge ao pensamento de que haja laços de maior proximidade entre as duas doenças. Hoje, conhecido o polimorfismo do bacilo de Koch pelos trabalhos de Ferran e a forma de bacilo polimorfo que Quéry descreve como forma inicial do treponema, não devemos nós pensar numa maior intimidade de origem entre a sífilis e a tuberculose ?

# Tratamento

---

Es preciso haber tratado muchos doentes sifilíticos con tuberculosis pulmonar, para comprender el gran beneficio que logran con la medicación específica, si es bien dirigida, y hacerse cargo de lo prudentes, que debemos ser para no atribuir estas mejoras a la existencia de lesiones pulmonares sifilíticas.

**COVISA.**



O tratamento dos sífilo-tuberculosos é um problema dos de maior responsabilidade profissional. Se em alguns casos o tratamento anti-sifilítico realiza milagres, noutros o organismo mostra requintes de sensibilidade que obrigam a cuidados permanentes e mesmo a desalentos perigosos. Assim, ao lado dos que preconizam com toda a fé os preparados mercuriais, outros, antigos e contemporâneos, só lhes encontram defeitos e perigos.

O tratamento específico, como diz Sergent, não sòmente cura as manifestações actuaes da sífilis, mas ainda melhora consideravelmente o estado geral e os focos locais da tuberculose.

Os resultados são diferentes, conforme se trata dum sífilítico que se tuberculisa — ou dum tuberculoso que adquire a sífilis. No primeiro caso a

segunda infecção instala-se e cresce, mercê da preparação dum terreno que se lhe tornou propício. Um tratamento anti-sifilítico, modificando êste terreno, traz-nos muitas vezes surpresas extraordinárias — a cura clínica local, o desaparecimento dos bacilos na expectoração, etc.

Quando o tuberculoso se sifilisa, o resultado do tratamento específico depende da maneira como a associação das duas infecções se realiza. No primeiro momento o organismo debate-se contra as duas infecções e o tratamento tem de ser conduzido com mil cuidados e torna-se impotente e talvez perigoso por vezes, se o estado de consumpção aparece e as *poussées* agudas se repetem. Mas, vencido o choque inicial, o tuberculoso lucra com o tratamento antiluetico que só pode modificar vantajosamente o terreno a que se aclimatou a sua primeira infecção.

Os sífilo-tuberculosos têm sensibilidades especiais.

Se encontramos muitos em que o tratamento mercurial é ótimamente suportado e a evolução se faz rapidamente para a cura, outros ha que sob este tratamento perdem o apetite, emmagrecem, criam um mal estar geral, um *nervosismo especial* e aos quais o mercúrio deve ser dado com escrupulosas cautelas.

Se nuns os preparados arsenicais, nomeadamente o salvarsan e neosalvarsan, atúam como cicatrizantes indiscutíveis, noutros as lesões agravam-se e aparecem congestões com grande facilidade.

Mesmo o iodêto de potássio, que quási todos os

autores repudiam, que obrigou, nos casos de sífilis tráquiò-brônquica, a dizer Fournier — *Car au fur et á mesure que l'on connaît mieux la syphilis, on se convainc de plus en plus de l'inutilité de l'iodure de potassium dans le traitement de cette maladie* — quantos casos a literatura médica cita em que, como resolutivo, realiza ressurreições?

O nosso doente da observação n.º 4, sem prevenções, «sentia que o iodo lhe fazia sempre mal quer quando tomava preparados iodados quer mesmo quando a revulsão sôbre o tórax era feita com tintura de iodo» — e o doente da observação n.º 7 faz a sua primeira hemoptise quando tomava o xarope de Gibert.

De uma maneira geral podemos dizer que nos sífilò-tuberculosos devem ser postos de parte todos os tratamentos intensivos e cada tratamento muito vigiado.

**Mercúrio** — A medicação mercurial é a medicação que mais triunfos conta no tratamento dos sífilò-tuberculosos.

A literatura médica conta inúmeros casos de cura clínica completa. O tratamento pode ser feito por ingestão, fricções e injeccções. A primeira forma é, em geral, posta de parte nêstes casos, pela obrigação de velar pela higidez do aparelho digestivo destes doentes. A fricção sôbre o tórax ganha cada dia mais adeptos. Apresenta uma tríplice vantagem: a applicação directa no foco doente, a massagem desenvolvendo a ginástica dos músculos respiratórios e a sua introdução sem dôr.

Como injeccões devemos pôr de parte as de sais insolúveis, fugindo assim às possibilidades de uma intoxicação.

Nos nossos doentes usamos em geral o biiodêto de mercúrio em soluto de azeite — sendo o azeite um ótimo alimento para o tuberculoso.

A evolução de cada caso deve marcar a marcha a seguir em cada cura mercurial. Uns beneficiam dum tratamento mais enérgico, outros requerem repetidas interrupções, tacteando sempre as suas tolerâncias e idiosincrasias — evitando com requintado cuidado a estomatite, o emmagrecimento, as suas tolerâncias — contra-indicando-o nas lesões da língua e da mucosa local.

**Arsenicais** — Álvaro Garcia, falando na «Sociedade española de especialistas de enfermedades del pecho» contra-indica o uso dos arsenicais pelo aumento de pressão arterial que produzem, favorecendo a hemoptise, nos sífilo-tuberculosos já de si doentes vasculares pela sífilis.

Lacapère, estudando a acção dos arsenicais, verifica sempre uma reacção congestiva local ao nível dos accidentes sífilíticos. Esta reacção encontra-se em todos os períodos.

Um doente com uma gôma não amolecida recebe uma injeccão de 0, gr. 6 de arsenobenzol e no dia seguinte a gôma amolece a úlcera com grande reacção conjestiva local.

Conta o caso duma laringite terciária com estenose que obrigou a uma intubação após uma injeccão de «914». Lacapère só culpa destas reacções

congestivas violentas as doses altas. Com 0, gr. 15 de «914» raras vezes as observou.

De facto o uso de arsenicais nos sífilo-tuberculosos necessita de grandes precauções. O nosso doente da observação n.º 4 faz congestão fácil com o hectargírio e o doente da obs. n.º 2 piora extraordinariamente com a aplicação de «914».

Em cada doente é preciso medir a sensibilidade — começar por pequenas doses aumentadas lenta e cautelosamente.

Potter no Amer. Jour. of M. Se. contra-indica o neosalvarsan nos casos graves e aconselha o tratamento começando por 10 centig., aumentando só 10 centig., a cada nova injeção.

Bem tolerado, o arsénico será o medicamento ideal pela sua acção hemoglobisante, dinamogenica, estimulante geral do organismo nas suas diferentes funções (dijestão, circulação, respiração e nutrição.)

**Iodeto de potássio** — O iodeto de potássio foi empregado pela primeira vez contra a sífilis em 1832 por Wallace. Desde esta época tem sofrido fortunas várias — ora levado a rival do mercurio por alguns, como Martineau que o empregava desde o cancro, ora considerado inefficaz e mesmo prejudicial.

Hoje a sua acção é considerada inútil no cancro, perigosa, duma maneira geral, no secundarismo, e de valôr, local, nas gomas. O mecanismo da sua accção é-nos desconhecido — é ainda hoje um medicamento empírico. Na sífilis do aparelho respiratório ou deve sêr pôsto de parte, como nas

laringopátias e sífilose tráqueo-brônquica, ou manejado com escrupulosas precauções — limitar o seu emprêgo aos casos de formas gomosas, sobretudo quando vivem no tecido pulmonar sem reacção apreciável dêste tecido. São numerosos já os casos fatais em que a morte sobrevem, sem período prodômico, em casos de sífilis tráqueo-brônquica tratados pelo iodêto de potássio.

Na associação sífilis-tuberculose devemos pô-lo absolutamente de parte. Os iodêtos são prejudiciais pelas reacções congestivas e inflamatórias ao nível dos focos tuberculosos, pela acção desassimiladora sôbre os tecidos em geral, dando como resultado o emmagrecimento e a descalcificação, e pela acção nociva sôbre o aparelho gastrò-intestinal que tanto cumpre respeitar e proteger nêstes doentes.

•

Como tratamento anti-tuberculoso pròpriamente dito, podemos usar tôdas as medicações e processos de cura usados na tuberculose. Cura de ar, cura de repouso, isolamento de novos contágios, cura de alimentação e tratamento específico. Seguindo o grande tubercologista espanhol Chabás, dos balsâmicos só usamos o gomenol, por não ser tóxico. Empregamo-lo sob a forma de injecções em soluto oleoso a 10 %, começando por dois cent. cúbicos diários e elevando a dose até 10 cent. cúbicos. Em todos os nossos doentes fizemos a recalificação pelas cápsulas de Ferrier alternando com os glícero-fosfátos de Robin com ferro. Julgamos útil

o ferro, porque ambas as infecções são anemiantes. Se em certos períodos da tuberculose o exame hematológico mostra uma fórmula aproximadamente normal, isto provém, como diz Gravit, duma redução do volume total do sangue — diminuição suficientemente explicada pelas perdas líquidas nos suores noturnos, expectoração e diarreias.

**Tuberculinas** — É sem fim a literatura que o mundo tem visto passar sobre tuberculinoterapia, desde que Koch anunciou o grande remédio em 1890. E, se os descrentes que saíram de Berlim levaram a toda a parte uma atmosfera nada propícia a novas tentativas, o facto é que, pelos trabalhos de laboratório e modificações, que a clínica foi trazendo dia a dia, a nuvem de descrença foi-se delindo pouco a pouco, os mistérios da sua técnica vão desaparecendo, e hoje, o seu conhecimento deve ser obrigatório para todo o clínico.

A tuberculinoterapia tem por fim a estimulação dos factores curativos naturais, produzindo uma toxi-imunidade geral e uma excitação dos factores curativos locais nos focos tuberculosos. Emquanto que no decurso natural da tuberculose o tóxico actua principalmente sobre o foco, sendo pequena a excitação da imunidade geral, na tuberculinoterapia só uma mínima parte vai ao foco tuberculoso — a maior parte distribue-se por órgãos sãos, despertando a formação de anticorpos.

Não estudaremos aqui as diferentes teorias, explicando a natureza das reacções à tuberculina — aceitamos a teoria das lisinas de Wolff-Eisner.

Boa escolha de casos e técnica experimentada, são os princípios capitais para a tuberculinoterapia. Não nos deteremos a enunciar a variedade de tuberculina que o comércio hoje fornece. Em todos o princípio é o mesmo: — a endotoxina do bacilo de Koch. É a opinião de Sahli comprovada pela identidade de ensaios terapêuticos e reacções à tuberculina que todos os preparados apresentam. Tuberculinas contendo restos bacilares ou tuberculinas dialisadas, todas são capazes de produzir tubérculos anatómicos por aplicação local, como demonstrou Zicler.

Mais ou menos impurezas, maior ou menor concentração, preparação a quente ou a frio, tudo são diferenças que não acarretam modificação essencial nas suas qualidades antigénicas.

Dentre todas contudo, preferimos com Sahli a de Beraneck. As suas vantagens são as seguintes:

— Não contém tóxicos não específicos pela pobreza em peptonas do meio nutritivo (demonstrado pela pequena toxicidade para animais são)

— grande toxicidade específica para os animais tuberculosos

— reacção febril no homem com  $\frac{1}{20}$  c. c. da solução  $A_{128}$

— doses reaccionais separadas, muito longe, das mortais?

— diminuição da virulência do bacilo de Koch, quando em contacto

— comodidade de manejo.

Na literatura médica, que podemos percorrer, poucos são os casos de sífilo-tuberculosos que



encontramos sujeitos à tuberculinoterapia. A atenção tem sido pouco dirigida nêste sentido e os casos que se encontram em algumas estatísticas são mudos em relação a outros tratamentos e, englobados em listas gerais de estudo de tuberculinas, nada aduzem de especial. Codina Castellvi apresenta cinco casos num pequeno estudo publicado em 1911. Mas as descrições apresentadas são insuficientes para uma análise completa e mesmo num dos casos a associação é discutível.

A tuberculinoterapia está indicada nos casos de sífilis com tuberculose inicial, apiréticos ou de pequena febre — nos sífilíticos que se tuberculisam no declinar do secundarismo ou no terciarismo. Actualmente tratamos os nossos doentes das observações n.º 7 e 8 com as tuberculinas C. L. da casa *Ponlenc*.

**Soroterapia** — Pouco se pode esperar da eficácia da soroterapia nos sífilò-tuberculosos. Os «*milagres*» de melhoras que alguns doentes acusam nas tuberculosas febris, galopantes, são transitórias. Como diz Sahli, dada a grande tendência da tuberculose para a cura, é preciso admitir que êstes casos fatais devem a sua gravidade a uma inferioridade constitucional que os predestina à morte, falhos de toda a possibilidade de defesas...

## Vacinas de Ferran

Falemos agora da sedutôra teoria de Ferran sôbre a tuberculose e das suas vacinas. Para Ferran, o notável bacteriologista a que os seus compatriotas orgulhosamente chamam o Pasteur da Espanha, a tuberculose é constituída por duas doenças cronològicamente ordenadas, que num momento dado se imbricam. A primeira, de natureza inflamatória, produzida por bactérias não ácidò-resistentes cuja toxina de natureza albuminoide, origina com facilidade anticorpos, e, por esta razão, curável. A segunda, conseqüência da transformação do agente bacteriano da primeira no bacilo de Koch, produzindo tubérculos com as suas gorduras tóxicas não difusíveis. Para Ferran ha um grande grupo de bactérias, de aptidões saprófitas com um poder de adaptação, que se transformam facilmente sob a

influência do meio. A êste grupo que chama *Plurimutans* pertencem as bactérias agentes das septicemias hemorrágicas, tifo, paratifo, colibacilose, etc. — e a sua acção patogénica depende da aptidão dada por herança da adaptação das suas ancestrais em distintos meios vivos.

É a êste género que pertence a bactéria *alfa* que mais tarde se transforma em bacilo ácido-resistente. Explica esta transformação pela teoria de Vries das mutações bruscas.

Estas mutações bruscas são fenómenos pouco frequentes, e assim explica Ferran que entre os milhares de milhões de bactérias *alfa* que existem no organismo, no primeiro estado infeccioso, só muito poucas, em virtude dum fenómeno de hiperadaptação se transformem em bacilos Koch — e daí a explicação de só um pequeno número, dos muitos indivíduos sob a infecção das bactérias *alfa*, se tuberculisarem.

Além disto como estas mutações se fazem por unidades, o organismo vai-se defendendo e assimilando *au fur et à mesure* os bacilos ácido-resistentes formados. Assim se explica a sensibilidade de tantos indivíduos à tuberculinò-reacção. A tuberculose produz-se quando ha hiperprodução de bacilos, por um estado de saturação, por qualquer razão ignorada em que o organismo já não pode assimilar os bacilos de Koch que se vão produzindo.

Ferran aduz como argumentos para esta teoria, os seguintes factos:

De um certo número de tuberculosos é possível isolar bactérias não ácido-resistentes, fáceis de

cultivar, e que, inoculadas a lotes de cobaias, produzem, num número limitado dêstes, tubérculos histológica e bacteriológicamente analogos aos mais típicos. Os tubérculos são em pequeno número e aparecem nas cobaias que mais tardiamente morrem.

Mas estas mutações são raras, produzem-se por um mecanismo desconhecido, cuja preparação nos é vedada actualmente e daí o pequeno número de cobaias inoculadas que formam tuberculos. Estas bactérias são finas como o bacilo, isolam-se e cultivam-se fâcilmente nos meios nutritivos ordinários. São aglutinaveis por um sôro anti-bacilo de Koch não aquecido. Facto interessante ainda, é que êste sôro imunisa cobaias contra os efeitos inflamatórios produzidos pelas bactérias alfa hiper-virulentas que lhes são rápidamente mortais.

Por outro lado o bacilo de Koch cultivado *in vitro*, em longa série, é capaz de perder os seus principais caractêres, transformando-se numa bactéria não ácidò-resistente. Êste salto é feito em duas *étapes*: na primeira os bacilos perdem o carácter de se multiplicarem ficando aglutinados em massas compactas; as culturas são formadas de bactérias ácidò-resistentes soltas que por agitação turvam o caldo — na segunda perdem a ácidò-resistência e adquirem movimentos próprios.

Estas bactérias assim creadas artificialmente, conduzem-se experimentalmente, por inoculação em cobaias, da mesma maneira que na experiência atraz descripta. Mas todas estas transformações realizam-se por *caprichos* de adaptação que não é possível certa e imediatamente obter sempre.

Ferran pretende desta maneira lançar as bases da profilaxia contra a tuberculose. *A imunidade específica anti-alfa não protege contra a tuberculose experimentalmente produzida inoculando bacilos ácido-resistentes — mas protege contra a tuberculose natural, cujo primeiro passo é sempre a infecção por as bactérias alfa.*

A vacinação deve fazer-se na mais tenra infância. Segundo Von Pirquet durante o 1.º e 2.º ano o número de reacções positivas à cuti-reacção é de 3 %. Será pois durante o período de amamentação e nos adultos de cuti-reacção negativa que a vacinação pelas bactérias alfa deve ser feita.

Ferran prepara vacinas atóxicas, vivas ou mortas, facilmente fagocitáveis, impotentes para a transformação em bacilo de Koch. Começa por uma dose inicial de  $\frac{5}{10}$  de cent. cub. applicável a creanças de 3 meses, aumentando  $\frac{1}{10}$  por cada ano até fazer 1 cent. cubico. A vacina é feita por injeccção hipodermica.

É um processo que começa e portanto de técnica hesitante ainda. Ferran applica-a às 4 da tarde (para que a reacção febril se dê durante o sono) na região do triceps braquial e faz nova injeccção 15 ou 20 dias após. Propõe que durante 5 anos as revacinações se façam cada dois anos.

Em Espanha a campanha vai ganhando adeptos dia a dia — e, constitue um facto notável, digno de registo a todos os respeito, o celebrado em Alcira durante o mês de julho último, em que 13:540 pessoas se apresentaram voluntariamente à vacinação.

Esta doutrina tão sedutora tem encontrado palmas e ataques. Em França seguiu-a o Dr. Santini. Os seus primeiros resultados são os seguintes: Empregou as vacinas atóxicas em tuberculosas evolutivas pulmonares, observando que durante o tratamento da tuberculose crónica a cuti-reacção aumentava. Verificou que as vacinas não curam lesões tuberculosas anatômicamente específicas que durante o tratamento continuavam a sua evolução, vendo porém que a marcha da doença se ressentia. As flegmasias evolutivas sobre as quais se enxerta a neoplasia folicular são mais raras, menos duradouras, e de formas menos agudas — uma acção preventiva sobre a evolução futura. O estado geral melhora durante o tratamento, sobe a tensão arterial e torna-se maior o valor do sangue em hemoglobina.

Ravetllat muito seduzido com as teorias de Ferran ataca porém algumas das suas afirmações, mas procura igualmente, nas mutações bruscas, explicação para alguns casos difíceis, v. g. a ausência do bacilo na massa caseosa.

Agesilao Milano, de Buenos-Aires, na revista de *Higiene y Tuberculosis* — N.º 130, contando as suas primeiras impressões dum uso de cerca de 6 meses de sôro e vacina de Ferran, mostra-se muito satisfeito com os resultados obtidos em estados iniciais e alguns avançados.

As estatísticas médicas não narram até hoje tentativas de vacinação dos sífilíticos pulmonares por êste processo, nem falam de tratamento de sífilo-tuberculosos por estas vacinas e séros. Com-

preende-se bem que, pelas hesitações que estas teorias ainda trazem, tôdas as atenções tenham convergido para os casos de tuberculose simples. *Mas, não será de experimentar a vacinação de todos os atingidos de sífilis violentas, todos os sífilíticos pulmonares? E, no plano geral de Ferran, de profilaxia contra a tuberculose, não deve estar à frente de tôdas, a vacinação dos héredò-sifilíticos?*

# Proposições

---

## 1.ª CLASSE

**Anatomia.**

A apófise supra-epitroquelear não deve ser esquecida por quem procura a humeral no cotovêlo.

## 2.ª CLASSE

**Histo-fisiologia.**

Normalmente, entre a camada fibrosa do periósseo e o osso, não ha tecido conjunctivo embrionário.  
«O hábito é uma segunda natureza».

## 3.ª CLASSE

**Farmacologia.**

O descrente em drogas é mais ignorante que descrente.



#### 4.ª CLASSE

**Anatomia patológica  
e medicina legal.**

- O «coração de guerra» não tem explicação histò-patológica.
- O retrato pessoal é o pior dos meios de identificação.

#### 5.ª CLASSE

**Higiene. Bacteriologia. Parasitologia.**

- Era mais higiênico não tratar a sífilis dos soldados e meretrizes que dar-lhes o tratamento que habitualmente recebem.
- O poli-morfismo das bactérias torna artificial a sua divisão em saprófitas e patogéneas. Em região palustre a infecção é a regra, mas a doença pode ser a excepção.

#### 6.ª CLASSE

**Obstetrícia  
e Ginecologia.**

A cesareana pode impôr-se por varises vaginais.

Após a ooforectomia dupla a menstruação nem sempre desaparece.

#### 7.ª CLASSE

**Cirurgia.**

Tratar medicamente uma apendicite é querer fazer terapêutica de sorte.

Em feridas tóraco abdominais, em regra, a laparotomia é inútil.

A anestesia pelo clorofórmio é contra-indicada num impaludado.

8.<sup>a</sup> CLASSE

**Medicina.**

Um bom médico tem que ser  
um bom sifilógrafo.  
Estômago que se queixa, em  
geral não está doente.

---

VISTO.

*Thiago de Almeida.*

PODE IMPRIMIR-SE.

*Maximiano Lemos.*

Composição e impressão —————  
Escola Tip. da Oficina de S. José  
Rua Alexandre Herculano — PORTO