

N.º 190

ALUÍSIO CORRÊA DE I

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO

DE

Enteropatias Sifilíticas

CINCO CASOS CLÍNICOS

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA

À FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

JUNHO DE 1924

EMP. INDUST. GRÁF. DO PORTO, Lda
178, R. MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO
DAS ENTEROPATIAS SIFILÍTICAS

ALUÍSIO CORRÊA DE PAIVA

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO

DAS

Enteropatias Sifilíticas

CINCO CASOS CLÍNICOS

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
À FACULDADE DE MEDICINA DO PÓRTO

JUNHO DE 1924

EMP. INDUST. GRÁF. DO PORTO, L.da
178, R. MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães

SECRETÁRIO INTERINO

Dr. Hernani Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva. . .	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia.	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia.	Vaga
Patologia geral.	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patológica. . .	Dr. António Joaquim de Souza Júnior
Bacteriologia e Parasitologia.	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene.	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal.	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia cirúrgica. . . .	Dr. Hernani Bastos Monteiro
Patologia cirúrgica. . . .	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica.	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica.	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica.	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral.	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica.	Dr. Manuel António de Moraes Frias.
História da medicina e Deontologia.	Vaga
Dermatologia e Sifilografia.	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria.	Dr. António de Souza Magalhães e Lemos
Pediatria.	Dr. António de Almeida Garrett

Professores Jubilados

Dr. Pedro Augusto Dias
Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

(Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de 1920*).



À SAUDOSA MEMÓRIA


DE

MEU IRMÃO ANTÓNIO

Quis a morte levar-te da nossa
companhia — daquela com que
contavas e vínhamos preparando;
e, embora eu sofresse em ver-te
sofrer,

ANTÓNIO!...

Meu Deus! Como eu preferia
ter-te junto de nós!...



A MEUS PAIS

Pelo muito que vos devo

A MEU TIO

CÓNEGO DR. JOÃO CORRÊA DE PAIVA

A MEUS IRMÃOS

AMÉRICO

MARIA

GLÓRIA

JOÃO

CONCEIÇÃO

RITA

NATIVIDADE

A MEUS CUNHADOS E SOBRINHOS

Abraça-vos

o vosso

ALUÍSIO

A MEU PRIMO E AMIGO

DR. FERREIRA DE ALMEIDA

Pelas provas de estima que
me tendes dispensado o meu
reconhecimento sincero.

AOS AMIGOS E COMPANHEIROS

DR. JOSÉ AUGUSTO CORRÊA DE OLIVEIRA

DR. JOAQUIM COELHO RIBEIRO

E

JAIME L. DE MATOS LEITÃO

E AOS MEUS CONDÍSCIPULOS DO
CURSO DO V.º ANO MÉDICO DE

COÍMBRA E PORTO

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

O IL.^{mo} E EX.^{mo} SENHOR

DR. TIAGO DE ALMEIDA

Homenagem de profundo respeito
e reconhecimento.

AO ILUSTRE CORPO DOCENTE

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Por obediência a um preceito legal instituído, sômos forçados a apresentar, para terminação do curso, um trabalho escrito, para cuja preparação seriam precisos não só faculdades e grandes conhecimentos científicos que não possuímos, mas alguma coisa mais de que não podemos dispôr, atendendo à pavorosa situação em que nos debatemos no fim do nosso tão espinhoso curso. Bem manifestas são as imperfeições e lacunas de que se acha eivado, e se não fôra aquela certeza que nos vem da benevolência do Ex.^{mo} Júri, para aquele que se vê no termo da sua carreira escolar,

nem sei como a dissertação pudesse ser elaborada. Trabalhos d'este género estavam naturalmente destinados a outros que com mais brilho e proficiência pudessem apresentá-los; mas quis o nosso illustre e digno Professor Tiago de Almeida lembrar-no-lo e isso foi o bastante para que nós, como dos seus discípulos mais humildes, bem ou mal o executássemos. Por isto é que nos propozemos fazer a apresentação desta tese, cuja doutrina procuramos extrair, e em alguns pontos trasladar, de tudo quanto pudemos encontrar descrito.

Tão singelo e modesto, como são as nossas as-

pirações, aqui fica pois arquivado o resultado do nosso estudo.

E agora, antes de terminar, uma declaração se nos impõe: não podendo nós, por uma absoluta falta de todos os recursos realizar um trabalho mais completo, oxalá êle possa ao menos — esta é a nossa única consoladora esperança — servir como de estímulo, ou de mal amanhã esbôço, a outros colegas que o possam fazer sobressair na sua maior amplitude. Porque é certo e incontestável que do conhecimento desta parte da Patologia, só salutaes benefícios podem resultar.

INTRODUÇÃO

Eis-nos em presença dum assunto com um tanto de inédito entre nós, principalmente sob o ponto de vista anátomo-patológico.

A natureza sifilítica de certas afecções viscerais, tem sido demonstrada duma parte, por observações clínicas, nas quais o tratamento específico fez desaparecer acidentes rebeldes aos métodos habituais, doutra parte, por constatações anátomo-patológicas feitas no decurso de operações e autópsias.

Explorações radiológicas têm-se feito de maneira a permitir verificar as lesões e as suas benéficas modificações sob a acção do tratamento específico.

Ainda há bem pouco tempo Bensaúde e Rivet puderam acompanhar a evolução de lesões sifilíticas do estômago.

A radiologia auxilia-nos assim, como contraprova, e permite-nos afirmar que as melhoras ou curas, são devidas à acção específica da medicação e não a uma simples coincidência feliz e fortuita.

O estudo dos doentes que vamos apresentar tornar-se-ia de algum modo interessante e talvez digno de qualquer aprêço, se pudéssemos juntar-lhes, aquelas contraprovas enteroscópicas e radiológicas; mas infelizmente, não é possível, limitando-nos, pois, a apresentar os nossos doentes sob o ponto de vista puramente clínico.

Antes disso, porém, diremos algumas palavras que serão o resumo de leituras e observações que conseguimos colher sôbre sífilis intestinal.

HISTÓRIA—As manifestações intestinais, a-pesar-de raras, são no entanto bem mais frequentes do que poderíamos imaginar. Tem-se nestes últimos tempos estabelecido uma corrente para o estudo detalhado e mais profundo da avariose visceral, e diz-se que as manifestações intestinais são as menos conhecidas. Na verdade esta opinião parece confirmar-se, pois que os mais recentes tratados de patologia geral pouco a ela se referem; e até os últimos livros da especialidade, quasi nada adiantam depois da última obra (Tratado de Sífilis de 1906), de Fournier.

A sífilis intestinal data de 1854 em que apareceu o primeiro artigo escrito por Culleriet. Até aí exis-

tiam algumas palavras de Sauvages e Chalmet, e uma observação de Muller em 1853. Apareceu mais tarde Galliard que publicou sobre este assunto uma revista completa em 1893. Veio depois Fournier em 1900 que declarou não ter observado senão uma dúzia de casos, supondo contudo que eram muito mais frequentes, porque passavam (dizia o grande Mestre) despercebidos à maior parte das pessoas que os não julgavam mesmo possíveis. E assim a maioria dos casos, foi durante largo tempo desconhecida e só depois do insucesso dos tratamentos prolongados com medicamentos vários, e a cura notável pelo uso da medicação anti-sifilítica, só então, a clínica — a *antiga e grande ensinadora* — nos disse que o intestino podia também ser sede de lesões luéticas. Outras observações existem de Lereboullet, Hayem, Gaucher, Tissier, Mraceck Eberth, Oser e outros, que para o estudo tanto clínico, como anatómico da Sífilis intestinal, contribuíram bastante. De facto, embora antigamente não pudessem lançar mão dos actuais recursos laboratoriais, como sejam: a reacção de Bordet-Wasserman e a revelação do *Treponema Palidum* de Schaudin nos tecidos, para poder afirmar a existência destas afecções, o que é certo, é que em presença de observações clínicas tão completas, e de dados anatómicos tão bem estabelecidos, como os dos autores citados, não as poderemos pôr em dúvida; e na verdade os casos de enteropatias sífilíticas aparecem hoje com uma frequência extraordinária. Resumida assim em duas

palavras a história da sífilis intestinal, vamos estudá-la separadamente nos seguintes capítulos: *Sífilis Hereditária e adquirida*; e esta ainda em: *Secundária e terciária*; compreendendo esta: *Sífilis intestinal pròpriamente dita e Sífilis ano-rectal*.

SÍFILIS HEREDITÁRIA

Todos estamos de acôrdo que o número de indivíduos atingidos de sífilis, tem aumentado consideravelmente desde a guerra e isto em todas as classes da população. Na revista *J. des Praticiens* de Setembro de 1923, num artigo do Dr. Lerede pude ver que a sífilis congénita mata anualmente em França 40.000 crianças de 0 a 5 anos, que — declara — poderiam viver se fôsse descoberta desde o nascimento e tratada convenientemente pelos múltiplos meios que a terapêutica hoje fartamente nos fornece.

A criança defende-se mal e o ataque em lugar de se fazer lentamente como no adulto, por uma lesão local cutânea ou mucosa, faz-se por via sanguínea (veia umbilical), invadindo de repente e duma maneira progressiva, todo o organismo.

Lerede explica então esta mortalidade por dois factos:

1)— Em 90 por cento, a infecção congénita não é reconhecida na maior parte dos casos;

2)— A infecção é tratada duma maneira insuficiente, segundo regras que actualmente não são aceites pelos sifilígrafos.

O heredo-sifilítico que não é tratado cêdo, é por assim dizer votado à morte, ou pelo menos a uma degenerescência do sistema nervoso e visceral. Isto é, tem um coeficiente de resistência vital muito insignificante. Sendo assim, occorre-nos perguntar:

Uma grande parte dessa mortalidade infantil por hereditariedade sifilítica, não será devida a lesões intestinais?

Não se manifesta ela a maior parte das vezes por perturbações ou afecções dum carácter banal? Não são a meningite e a enterite as duas doenças que os sifilíticos accusam mais como causa da morte de seus filhos em tenra idade? E porque não tem sido acusada a avariose intestinal? Porque na verdade a sua symptomatologia em nada difere de qualquer enterite de origem diversa.

Declara Lerede que distintos clínicos, não têm seguido os progressos continuos da sifiligrafia e, portanto, desconhecem a infecção sobretudo hereditária, em casos onde outros mais bem informados sabem descobri-la.

E então aconselha — « É preciso procurar a sífilis

não somente em todo o indivíduo pertencente a uma família sífilítica qualquer que seja o seu estado de saúde aparente, mas ainda em todo aquele que seja portador duma afecção crônica, ou dum síndrome clínico ou anátomo-clínico qualquer.»

E assim devemos reconhecer que se à sífilis intestinal ligássemos mais a nossa atenção, poderíamos descobrir que as lesões sífilíticas no intestino, são tão frequentes como em qualquer outro órgão.

ANATOMIA PATOLÓGICA — As lesões intestinais da sífilis, verificaram-se antes e imediatamente depois dos primeiros dias do nascimento, e mesmo até meses e anos depois.

Mraceck que fez duzentas autópsias para reunir nove casos, demonstra que as alterações parecem começar para o sétimo mês da vida fetal, podendo atingir durante o oitavo, o seu máximo de intensidade, e continuar a sua evolução até ao nono, se lesões de outros órgãos ou complicações graves, não conduzirem prematuramente à morte do feto. As formas por que se apresentam as lesões intestinais produzidas pela sífilis, são múltiplas e variadas. E assim elas podem apresentar-se sob as seguintes:

1.º — Gomas miliares — constituídas por um aglomerado de granulações finas, lenticulares, ocupando qualquer parte do intestino, sendo, contudo, mais frequente observá-las, segundo Oser, Culleriet e Eberth, sobre o íleon. Localizam-se ordinariamente nos folículos fechados e placas de Peyer, podendo

também localizarem-se nos seus intervalos, tornando-se perifoliculares. Podem desenvolver-se sôbre qualquer das túnicas intestinais, observando-se com mais freqüência sob a mucosa. Acontece que quando se examina a região das placas de Peyer, vêem-se pequenas nódoas brancas, constituídas por um conjunto de gomas miliares, acompanhadas dum entumescimento ligeiro da túnica mucosa (caso Parrot), ao lado destas vêem-se por vezes gomas verdadeiras.

2.º—Ulcerações—estas observam-se a maior parte das vezes associadas às lesões gomosas. São por assim dizer um estado adiantado das primeiras. Apresentam-se quer sob a forma de pequenas ulcerações lineares, em golpe de unha, lenticulares e irregulares, ocupando as placas de Peyer (caso Culleriet), quer arredondadas, de volume de uma cabeça de alfinete ou prego, cercadas de nódulos secos (caso Rathery); quer tornadas terebrantes, dando lugar a uma perfuração intestinal e consecutivamente a uma peritonite (caso Baumgarten).

3.º—Infiltrações—constituem as sífilides infiltradas do intestino, apresentando-se quer sob a forma de placas endurecidas, dirigidas no sentido longitudinal ou transversal, quer de espessamentos anulares.

4.º—Apertos congénitos—podem ser simples ou múltiplos e situados em qualquer parte do intestino.

Ledoux e Piet citam um caso duma rapariga nascida a termo, vivendo sete dias, com apertos

múltiplos do colon e do íleon, transformando o intestino num cordão fibroso, sem calibre e com dilatações das artérias e hipertrofia dos gânglios mesentéricos.

Porak e Theuveny notaram um outro que diz respeito a uma criança, com três apertos do fim do íleon, dando dificilmente passagem a um fio de prata, com anasarca e vômitos fecaloides, que morreu com dois dias de vida.

Por outras palavras: duma maneira geral não encontramos no momento do nascimento senão lesões discretas; espessamento e rigidez duma parte ou da totalidade do intestino; nódulos miliares ou lenticulares disseminados em qualquer parte do intestino; placas de endurecimento com tumefacção das placas de Peyer e folículos fechados; ulcerações mais ou menos profundas. Os nódulos veem mais tarde a entumecer-se ou a estender-se, o endurecimento acentua-se, as ulcerações multiplicam-se, o conjunto granuloso aumenta, as gomas caseificam-se e necrosam-se de tal maneira, que as perfurações podem suceder-se às úlceras. Estas lesões são ordinariamente cobertas duma camada membranosa muco-purulenta e por vezes de sangue. Os nódulos não aparecem no peritoneu e excepcionalmente existem gânglios.

SINTOMATOLOGIA — O sintoma mais importante e ao mesmo tempo o mais banal, é a diarreia mucosa, geralmente crónica, que depressa se tornará

fétida, serosa, tenaz e mortal se o tratamento específico não fôr ao seu encontro. É acompanhada por vezes de detritos esbranquiçados, constituídos por retalhos de mucosa.

Como sintomas, temos ainda mais a melena que se pode manifestar logo aos primeiros dias do nascimento, e a caquexia que é mais um sintoma de infecção sífilítica geral, que de localização intestinal. Como carácter importante destas enteropatias temos a sua disposição a não ceder a qualquer outra modificação que não seja a anti-sífilítica.

DIAGNÓSTICO — Pelo que acabamos de dizer, a sífilis intestinal manifesta-se por perturbações dum carácter tão banal, como seja a diarreia, que na maior parte dos casos passa-nos despercebida. Por consequência, importa-nos, sempre que estejamos em presença duma criança, ou de alguém com diarreia persistente, pôr a sífilis como uma das causas, e procurar todos os elementos em que possamos basear a nossa hipótese.

Torna-se, portanto, duma necessidade absoluta, saber procurar a hereditariedade sífilítica. Segundo Jaccottet, o diagnóstico da heredo-sífilis não é tão fácil como pensam os clássicos. Com efeito, os sinais sôbre que assentavam os antigos — (pênfigos, coriza, nariz em *lorgette*, dentes de Hutckinson, etc.) — não são frequentes. Actualmente os elementos que nos servem de diagnóstico são mais abundantes, e seguindo a classificação de Marfan, nós

podemos dividir os sintomas de sífilis em dois grupos: 1.º, sinais de certeza de heredo-sífilis; 2.º, sinais de probabilidade.

Como sinais de certeza, temos: pênfigos palmo-plantar; coriza precoce crônica com corrimento muco-purulento, muitas vezes sanguinolento, acompanhado de ulcerações e de fissuras do contorno das narinas; esplenomegalia precoce, crônica, em que a cútí-reacção à tuberculina é negativa; sífilides da pele e mucosas (lesões maculosas aparecendo para o fim do primeiro mês, sob o aspecto de manchas côr de salmão ou acobreadas); lesões papulosas mais tardias, mas não sobrevivendo depois do quarto mês, da mesma coloração que as máculas, ou dum vermelho violáceo, encontrando-se estas lesões sobretudo na face, côxas e nádegas; fissuras no contorno dos orifícios naturais, múltiplas, radiadas, sangrentas, por vezes, crostosas; uma pseudo paralisia de Parrot; uma reacção de Wasserman positiva, lembrando-nos que uma Wasserman negativa, mesmo depois da reativação, não exclui o diagnóstico de heredo-sífilis.

Como sinais prováveis, temos: Sífilis dos pais (92 por cento das crianças serão atingidas, se o pai e a mãe são infectados, segundo Marfan); nos antecedentes maternos: abortos, partos gemelares, prematuros, nado-mortos macerados ou não; hidrâmnios, placenta volumosa com lesões ulcerosas ou hemor-

rágicas; no recém-nascido: vômitos habituais, anorexia, melena, crescimento lento ou nulo inexplicável, adenite supra epitrocleana bilateral, hidrocelo irreduzível e persistente, dureza do testículo, diformidades de toda a natureza, encefalopátias congénitas, convulsões essenciais sobrevindo antes do terceiro mês, afecções congénitas do coração, estrabismo convergente essencial e definitivo, raquitismo congénito ou precoce (antes do 4.º mês) atingindo especialmente o crâneo e acompanhando-se de anemia e esplenomegalia. Hidrocefalia congénita e adquirida.

Pela variedade e número dos sintomas que tornam provável o diagnóstico da heredo-sífilis, reconhece-se a dificuldade enorme em afirmar um diagnóstico de certeza. A sero-reacção, é muito difícil de procurar na criança e está provado ser a maior parte das vezes negativa, apesar da reactivação do sangue.

Em vista disso, para suprir essas dificuldades têm-se feito descobertas, entre as quais há duas actualmente que nos podem ser úteis, porque constituem dois métodos importantes para a sua diagnose. Um deles é o tratamento de prova; o segundo é o do estudo das alterações hematológicas do doente, ultimamente preconizado por o prof. Lerede, que numa revista (1-XII-923) apresenta um grande número de casos em que êsse método lhe deu resultado satisfatório.

O estudo hematológico permitiu-lhe afirmar um

diagnóstico em que havia ausência de sinais positivos e de sero-reacção positiva. Êste método fundou-se no estudo das alterações do meio-sanguíneo, especialmente devidas à sífilis.

Certos hematologistas reconheceram que para quasi todas as infecções crónicas, havia uma série de alterações do sangue, cuja fórmula é a seguinte: hipoglobulia, hipocromia e monocitose. Ora, para Lerede, a existência desta fórmula na criança não podia ter outra causa que a explicasse, senão a sífilis; e o que é verdade, é que na prática, parece ter dado resultado.

SÍFILIS ADQUIRIDA

SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

SÍFILIS SECUNDÁRIA—São raras as manifestações dêste período da sífilis no intestino. Sob o ponto de vista anatómico, pouco se conhece e se não fôsem duma extrema raridade, Culleriet que insistiu na sua descoberta tê-las-ia encontrado, em mulheres mortas de infecções intercorrentes. Fournier cita alguns casos. Diz-se que é congestiva e talvez exulcerosa. Sabe-se, contudo, que as placas mucosas, invadem por vezes a extremidade inferior do reto.

«A admitir-se (diz Gilbert e Brouardel) a icterícia sífilítica do período secundário, somos levados a pensar que o catarro das vias biliares e das vias digestivas constitui a reprodução interior das dermatias específicas. E se a diarreia aparece durante o período secundário da avariose, é ordinariamente atribuída ao tratamento mercurial.»

Para Castaigne, a sífilis intestinal secundária pode manifestar-se sob três formas diferentes:

1.º—*Forma Enterálgica*.—Confundida com a colite mercurial—caracterizada por uma enterite banal com diarreia, muito abundante, mucosanguinolenta, dores bastante vivas e apiréxia.

2.º—*Forma Diarreica*.—Que passa despercebida facilmente, e que sobrevém na proximidade ou por ocasião duma erupção cutâneo-mucosa, traduzindo a existência de exulcerações intestinais.

3.º—*A Forma Tifoide*.—Em que a febre é bastante elevada, a diarreia é abundante e pode ser acompanhada dum pouco de sangue; o ventre abaülado, o baço por vezes aumentado, mas as perturbações cerebrais fazem falta, assim como as manchas róseas.

A sífilis, é susceptível de produzir febre de tipos variados (Prof. Tiago de Almeida), e é bom que tenhamos sempre presente esta noção, ainda mal infiltrada no espírito dos clínicos, que em face duma febre pensam em tudo, menos na sífilis. E assim é que ela pode tomar algumas vezes o aspecto duma dotienenteria, a que se combinou chamar *tifose sifilítica essencial de Fournier*, por ser êle o primeiro que a descreveu.

Hayem e Tissier relataram também um caso numa rapariga, que ao hospital foi morrer, que differia da tifose de Fournier, por nela se encontrarem determinações intestinais: ulcerações do cego, em que a maior tinha 15 milímetros de comprimento e

que desnudavam a túnica muscular; algumas erosões e exulcerações dos colons ascendente e descendente. Entrou com sinais de dotienteria (sem tumefacção do baço, sem manchas róseas, sem fenómenos torácicos) e sífilides pápulo-escamosas.

Há um outro caso interessante, apresentado pelo Prof. Tiago de Almeida nas suas lições de 1920-1921. Diz respeito a uma rapariga empregada do Hospital, que deu entrada na enfermaria com sintomas que lembravam a febre tifoide. Temperatura, anorexia, dores abdominais, timpanismo na fossa ilíaca direita, diarreia seguida depois de obstipação e pulso ligeiramente dícroto que curou pelo tratamento anti-sifilítico. Os elementos em que se baseou o diagnóstico da tifoze sífilítica, foram: pulso elevado acompanhando a temperatura, cefaleias anteriores, olhar vivo e inteligente, sem prostração, apesar da alta de temperatura, irregularidade extrema da curva térmica, ausência de manchas lentilulares, queda brusca de temperatura, segundo ruído mitral acentuado, reacção de Widal negativa e Wasserman positiva, mãe com abortos e sete filhos, falecidos de tenra idade, eficácia evidente do tratamento iodetado e atenuação dos sintomas em relação com a elevação da curva térmica.

A tifoze sífilítica, é, segundo a opinião do Prof. Tiago de Almeida, uma febre de evolução e pode revestir, como neste caso, o tipo de intermitente, ser contínua, ou evolucionar por períodos como uma febre tifoide. E assim estabeleceu para elementos de

diagnóstico diferencial, além dos antecedentes sífilíticos e elementos de laboratório, os seguintes: *temperatura elevada (39°-40°), sem oscilações anfíbolas, pulso cheio, freqüente, associado à temperatura, levemente dicroto, cefaleias anteriores violentas; olhar vivo e inteligente; menor prostração; anemia; sintomas atenuados do tubo digestivo; língua branca, sem fuligens; ausência de epistaxis, de sudâmina, e de manchas denticulares; aparição brusca de acidentes cutâneos.*

Há um outro ponto que convém frizar. Quando a sífilis atinge indivíduos debilitados por uma afecção anterior, a diarreia pode adquirir uma gravidade singular.

SÍFILIS TERCIÁRIA — As manifestações neste período foram observadas sobre todos os departamentos do intestino, desde o duodeno até ao reto. São mais freqüentes no intestino delgado que no grosso, segundo a opinião de muitos, podendo afectar os dois ao mesmo tempo. Fournier, sobre as suas localizações, chegou aos seguintes resultados: em 32 casos observados, 18 foram afectados no intestino delgado, 8 no intestino grosso e em 6 simultaneamente nos dois.

Ou seja: em 24 casos o delgado, em 14 o grosso.

No estudo da sífilis terciária, podemos distinguir com Fournier e Sergent:

1.º — As manifestações que atingem os segmentos intestinais supra-jacentes ao segmento ano-rectal, constituindo *a sífilis intestinal pròpriamente dita.*

2.º—As manifestações rectais, formando um capítulo particularmente individualizado—*A Sífilis Ano-rectal*.

SÍFILIS INTESTINAL PRÒPRIAMENTE DITA

A sífilis terciária, segundo Fournier, é uma localização tardia do décimo ao vigésimo e mesmo trigésimo ano. Ela coincide muitas vezes com lesões terciárias de outros aparelhos. As lesões não se mostram aqui como nos recém-nascidos heredo-sifilíticos, ou nado-mortos, na sua simplicidade. Complicam-se de alterações variadas, sobretudo a degenerescência amiloide e a esclerose.

Anatomia patológica—A sífilis terciária apresenta-se: quer sob a forma de gomas miliares, quer por infiltrações discoides, densas, espessas, variáveis de número e de extensão, originariamente sêcas, mas ulcerando-se mais tarde, análogas aos infiltrados cutâneos que constituem as sifilides cutâneas; quer por ulcerações, quer por cicatrizes, quer enfim mais raramente por estenoses, etc.

Fournier compara as suas formas e evolução, às das sifilides cutâneas, e diz então: quando se representa pelo pensamento um grupo de sifilides cutâneas, de forma tuberculosa, ou tubérculo-ulcerosa, transportada sôbre a mucosa intestinal, teremos de repente uma ideia justa do que são objectivamente e de facto as lesões terciárias do intestino. E assim:

No 1.º estado são *sifilides tuberculosas sêcas*

do intestino — apresentando-se quer espalhadas, disseminadas sem método, constituindo as gomas do intestino; quer agrupadas ou sistematicamente localizadas às placas de Peyer e aos folículos usados; desenham-se à superfície da mucosa sob a forma de meniscos elevados, salientes de 1 a 2 milímetros, raramente mais, variáveis de extensão, desde uma lenticula, a uma moeda de 10 réis ou a uma tâmara, podendo atingir 2,3 e mesmo 5 centímetros no eixo maior e compreender toda a circunferência do intestino; variáveis igualmente de configuração, mas as mais das vezes arredondadas, elípticas, anulares; mais ou menos espessas, mas em todos os casos firmes, consistentes e duras, dando bem a sensação do infiltrado neoplásico, ocupando muitas vezes toda a espessura das tunicas.

No 2.º estado — as lesões amolecem-se, rompem-se e transformam-se progressivamente em ulcerações, tornando-se verdadeiras *sifilides tuberculo-ulcerosas de Fournier* ou melhor em *gomas ulceradas do intestino*.

Nesta 2.ª fase, assemelham-se às lesões correspondentes do tegumento cutâneo. Como elas, consistem estas em placas infiltradas, bem limitadas, bem circunscritas, tornadas ulcerosas no centro ou na quási totalidade da sua superfície; mais ou menos cavadas; sempre emquadradas por bordos espessos e salientes, firmes e duros e por vezes mesmo fibroides; de centro cinzento-amarelado, por vezes lardáceo.

Sob o ponto de vista de diagnóstico, há um carácter importante a notar nestes sífilomas ulcerados do intestino, que é o estado dos bordos da lesão, bordos quási sempre espessos, consistentes, firmes e duros, o que depende da infiltração gomosa persistente. As ulcerações não são em geral numerosas, contudo Mesched contou num caso 54 e Warfwinge e Blix 75, localizadas no íleon e válvula íleo-cecal; mas êste último caso era tuberculoso e sífilítico. Guttman citou um de 8 e Ostreich relata um de 10.

No 3.º estado as lesões podem chegar:

1.º à retracção cicatricial (caso habitual de cura), constituindo as cicatrizes mais ou menos aparentes que se acham fàcilmente sob a superfície do intestino, mas que não oferecem nada de particular.

2.º algumas vezes a um ou mais apertos do intestino, quer por retracção do tecido cicatricial, quer por simples esclerose sem ulceração. (Leudet, Hahn e outros citam vários casos, e Norman cita um, no qual as cicatrizes causaram por retracção das paredes, a paragem das fezes e a retro-dilatação das ansas. Laurenzi descreve um outro em que no intestino delgado existia uma série de apertos fuziformes, alternando com um número igual de dilatações ampulares.

A sífilis mesmo superficial, é capaz de criar cicatrizes retráteis submucosas, musculares e apertos mais ou menos precoces.

Ocupam ou o cego e o colon, ou, e mais raramente, o intestino delgado.

3.º e último, pode dar lugar à perfuração intestinal e à peritonite consecutiva. Bjronston notou uma perfuração do jejuno num sífilítico de cincoenta e um anos, que apresentava 4 ulcerações irregulares e duas anulares estenosantes de bordos salientes.

Fournier faz salientar um facto importante, que diz respeito às coincidências necroscópicas em muitos casos, a saber: peritonite adesiva, ulcerações do estômago, lesões do fígado, baço e rim, gomas do pulmão, lesões da aorta, lesões vasculares, degenerescência amiloide, etc. Nas revistas modernas encontram-se por vezes vários casos. Frankel cita um, no qual coincidentemente a uma multiplicidade singular de lesões intestinais em número de 31, encontravam-se 13 ulcerações do estômago.

Histopatogenia — (Rathery) — As gomas miliares são pequenos aglomerados de células redondas, nitidamente limitadas, que ou entumescem a vilosidade, ou se infiltram em certos pontos das placas de Peyer. Têm o aspecto de linfócitos e dos *plasmazellen*. Podem penetrar na submucosa, na musculosa e na subserosa e formar novos nódulos ou rosários particularmente localizados à vizinhança dos vasos. Wagner descreveu ao lado da reacção linfática, uma hiperplasia endotelial abundante e uma acumulação de elementos fuziformes, fasciculados, igualmente perifoliculares.

As gomas são formações mais consideráveis, mais originalmente idênticas. O centro é muitas vezes granuloso, os elementos celulares aqui difícil-

mente coráveis e a periferia é mais fibrosa. Guttman descreveu elementos poligonais, ou arredondados cujo núcleo é denso e carregado; o protoplasma cora-se energeticamente de rosa; o diâmetro é diferentemente apreciado pelos autores. É certo que são elementos limfo-conjuntivos. A endarterite é extremamente freqüente e tende para a obliteração. A infiltração difusa em placas ou anéis não merece descrição especial. A reacção linfática é acompanhada dum reacção intensa de células conjuntivas que penetram profundamente, dissociam as fibras musculares e a estrangulam. Ao mesmo tempo aparecem pequenos focos submucosos que se amolecem; à sua periferia, a mucosa toma um aspecto viloso, paquidérmico; as glândulas dilatadas são separadas por alinhados de células redondas; as arteríolas são cercadas dum bainha inflamatória. Pode-se notar a degenerescência amiloide. As ulcerações apresentam-se habitualmente sob o aspecto seguinte: bordos nitidamente distintos onde a mucosa é quasi normal; fundo cheio de células redondas, e no tecido submucoso reacção fibro-conjuntiva e arteríolas obliteradas.

Para certos autores o processo sifilítico começa na submucosa; para outros (Jurgens Frankel) pode haver lesões primitivamente epiteliaes. A lesão fazendo-se por via sanguínea, é provável que a reacção sifilomatosa possa aparecer em todas as túnicas do intestino e propagar-se ao longo dos vasos sanguíneos. O diagnóstico anatómico das lesões sifilíticas do intestino, é muito difícil. Hesita-se muitas vezes,

em face das cicatrizes ou lesões mal curadas da dotieneria, das úlceras e nódulos da tuberculose, das ulcerações foliculares ou não foliculares da disenteria. Os caracteres distintivos dados pelos autores, são subtis: o facto importante consiste na existência de lesões sífilíticas ao nível dos outros órgãos. Há casos onde sífilis e tuberculose coexistem. O exame bacteriológico servirá sempre, portanto, de recurso precioso.

Micheli e Lorentino pretendem ter constatado sempre o bacilo de Lurtgarten, mas, sabe-se hoje que êste bacilo não tem valor algum. Sem dúvida deve-se procurar o *treponema palidum* de Schaudin e Hoffman, mas Jacquet mostrou a sua ausência nas lesões terciárias. Até mais amplamente informados, a descoberta do bacilo de Koch poderá bastar, e a sua constatação permitirá eliminar depressa a sífilis (textual).

SINTOMATOLOGIA — As enteropatias terciárias passam-nos na maioria das vezes despercebidas. Poucos autores as têm estudado em particular, e a razão disto está em não se traduzirem por sintomas especiais. Como na sífilis hereditária, o sintoma mais comum e fundamental é a diarreia serosa, mucosa, incessante e rebelde, por vezes dolorosa e alternando noutros com a obstipação. Esta, habitualmente simples, quer acompanhada de mucosidades sanguinolentas de aspecto disentérico, quer mesmo até de grãos risiformes como nas enterites

coleriformes, pode ser muito tardia. Assim Fournier, observou-a 30 a 40 anos depois do cancro duro. As hemorragias, da mesma forma, podem suceder-se; são em geral discretas; contudo Castaigne refere-se a um caso em que se tornou abundante e inquietante; por vezes são mortais, como num caso de Blackmore. Disse há pouco que a diarreia era por vezes dolorosa e é verdade; contudo a dôr, dizem alguns, não é um sinal freqüente da sífilis intestinal. As dôres constituindo as cólicas, parecem ser devidas ou à irritação do intestino provocada pela estase estercoreal resultante de qualquer apêrto, ou a ulcerações sifilíticas do intestino. Leudet cita um caso em que viu sobrevir sintomas de oclusão, com dôr e abaülamento. As ulcerações do colon pôdem, por exemplo, revelar-se por tenesmo e cólicas. As dores umas vezes espontâneas e generalizadas em todo o abdómen, podem localizar-se num segmento do intestino, umas vezes mesmo no colon sigmoide conforme os freqüentes casos citados nas revistas; e outras vezes no apêndice cecal, com dôr no ponto de Mac-Burney. Sobre êste ponto último, de localização, não deixa de ser curioso citar o que Gaucher apresentou em Abril de 1914 à «Société française de Dermatologie et Syphiligraphie» sôbre a origem sifilítica possível da apendicite.

Relata 32 casos: 9 acima de 30 anos, correspondendo no seu espírito a sífilis adquirida, e 23 abaixo de 30 anos, correspondendo à hereditária. Nestes 32 casos de apendicite, encontrou 29 de

origem sífilítica: em oito, adquirida e em 21 hereditária.

Em presença dos resultados obtidos, Gaucher considera a apendicite como uma manifestação quaternária ou tardia da infecção sífilítica, ou então uma infecção para-sifilítica, dependente duma sífilis hereditária ou adquirida.

Eduardo Fournier que observou em 12 famílias 16 casos de apendicite em heredo-sifilíticos, demonstra a sua frequência na sífilis hereditária. E não podendo afirmar que a apendicite seja um produto directo da sífilis, crê que a tara heredo-sifilítica prepara um terreno propício, e favorece o seu desenvolvimento. O que estes dois eminentes professores afirmaram, deu lugar a numerosas e longas controvérsias por parte sobretudo de cirurgiões de nome. E como nada podemos pôr em dúvida, sempre que estejamos em presença dum caso de apendicite, devemos admitir como uma das causas prováveis a sífilis, e tratarmos então de pesquisar se ela entra ou não na sua étio-patogenia. As enteropatias terciárias têm geralmente uma evolução apirética de comêço silencioso, tornando-se um padecimento suspeito e sério para o doente, sòmente muito tarde. Podem contudo tomar uma forma aguda ultrapassando raramente algumas semanas. Guttman cita um caso com acessos de febre intermitente e mesmo renitente que foi considerado até à autópsia como tuberculoso. A sífilis intestinal pode complicar-se: quer de perfuração, o que é excepcional, dando lugar

a uma peritonite aguda; quer de obstrução simples ou de oclusão verdadeira, que são a consequência de apertos cicatriciais, de infiltrações e sífilomas estenosantes. Há mesmo uma forma coprostáti a descrita por vários autores. As enteropatias podem ter uma duração variável, no entanto foi calculada por alguns autores em dezoito meses e 2 anos. O aspecto geral dos doentes torna-se por vezes mau; emmagrecem consideravelmente, deprimem-se e tomam mesmo o aspecto dum canceroso devido à desidratação dos tecidos e assimilação defeituosa. Constata-se frequentemente uma côr terrosa e um fígado volumoso funcionando mal, o que torna muito difícil atribuir a caquexia exclusivamente à lesão intestinal.

SÍFILIS ANO-RECTAL

Alguns autores individualizam-na e resumem-na na história do apêrto sífilítico do recto. Fournier separa as lesões terciárias do recto em:— *Gomas, sífilides ulcerosas, sífiloma ano-rectal*— e estuda separadamente dum modo completo esta última que constitui a neoplasia terciária do recto.

E assim temos:

Gomas—São de tal forma raras que Fournier não conseguiu encontrar um caso verdadeiramente nítido. Contudo não poderemos pôr em dúvida a sua existência, pois que algumas observações existem publicadas por Küster, Poelken, Zappula, etc.. Êste último conta um caso num sífilítico que sofrendo de

retensão estercoral, era portador duma induração e espessamento notável das pregas da mucosa rectal e dum verdadeiro tumor elástico, globoso, como uma avelã, situando-se a 4 centímetros do anus, parecendo desenvolvido no tecido sub-mucoso e que curou sob a influência do iodêto de potássio.

Siflides ulcerosas—Estas manifestações não sendo muito freqüentes são-no contudo mais que as primeiras. Existem incontestavelmente e podem observar-se de duas maneiras diferentes. Uma vez, podem ocupar a parte inferior do recto e ser a continuação de ulcerações da mesma natureza, desenvolvidas no anus. São estas as formas que se observam mais freqüentemente na clínica, consideradas por assim dizer manifestações fagedénicas do terciarismo. Outras vezes, são isoladas, independentes, produzindo-se no recto, ou prolongando-se ao colon íleo-pelvico, constituindo uma daquelas formas especiais, hoje muito vulgarizadas, chamadas recto-signoidites sifilíticas. As determinações dêste género fixam-se geralmente mais junto da região ampular. A sua existência pode reconhecer-se de duas maneiras diferentes: pelo toque digital e observação ao rectoscópio. A forma porque se apresentam na generalidade é de feridas, incisões de bordos entumescidos e irregulares, de superfície granulosa e desigual, de fundo vermelho, sangrento, recobertas de detritos cinzentos ou mucosidades aderentes, contrastando com o aspecto aveludado e liso das partes vizinhas. As tunicas do recto condensam-se às vezes tornando

as suas paredes espessas e endurecidas, podendo acompanhar-se duma ligeira estenose do recto.

Sifiloma ano-rectal—É de todas as manifestações terciárias a mais importante e a que nos desperta maior interêsse, pois é de todas aquela que mais origem dá aos apertos do recto derivados da sífilis. É constituído por uma infiltração hiperplásica das paredes ano-rectais, verdadeiramente idênticas às hiperplasias produzidas em qualquer outro órgão, com a mesma estrutura, evolução e terminação, como seja a esclerose. Fournier fez um estudo completo do sifiloma ano-rectal e por isso reproduzi-lo hei para melhor o compreendermos. Assim:

I—A lesão é mais freqüente no recto e mais nítida que no anus. Caracteriza-se por uma modificação sobrevinda no estado anatómico das túnicas intestinais, traduzindo-se por um espessamento rígido das paredes, mais ou menos considerável conforme os casos, a sede e sobretudo a idade das lesões. Êste espessamento fácil de apreciar na mulher pelo toque vaginal combinado com o rectal é mais difícil no homem. A lesão no seu primeiro período apresenta os seguintes caracteres: recto espêsso e rígido sem alteração da superfície da mucosa o que prova que o sifiloma é uma hiperplasia intersticial das túnicas rectais.

Podendo invadir a porção esfintérica a sua sede de predilecção é geralmente na região ampular. A extensão é variável, interessando umas vezes 2 a 3 cm. de altura, outras 4 a 6 e mesmo 8 centímetros.

Em largura o seu desenvolvimento pode corresponder a toda a circunferência do recto, ou limitar-se a um segmento do recto. Até aqui a lesão não constitui ainda o aperto. O recto é menos largo e dilatável mas o curso das fezes é livre e a expulsão faz-se com um incómodo mínimo, quasi inapreciável; contudo já altera a forma, o calibre e as funções do recto. A lesão evolucionará por si própria e não despertará a atenção do doente durante este primeiro período mas depressa se constituirá o apêrto com as suas complicações se a tempo não intervirmos.

II—Nem sempre a lesão descrita fica exclusivamente rectal; pode invadir o anus. Pode circunscrever-se a êle só, constituindo o sífiloma anal terciário (o que é raro), mas é mais freqüente afectar os dois ao mesmo tempo. Em lugar de se desenvolver em superfície cilíndrica regular, como no recto, a hiperplasia encontrando no ânus uma região de pregas, franzidas e enrugadas, toma uma forma anatómica especial em relação com esta disposição. Em virtude destas pregas e apêrto do esfíncter, segmenta-se em infiltrações parciais, lobulares que figuram ao nível do orifício anal tantos pequenos tumores na aparência independentes, livres por seu vértice mas ligados entre êles por uma base comum a qual não é mais que a mucosa anal. Variáveis de forma e volume, apresentam-se com o aspecto de avelãs, uns mais alongados, como chouriços, outros menos regulares representando cristas mucosas que, convexas na sua

superfície livre, se achatam pelas faces laterais, por contigüidade reciproca. Análogos a mariscos ou a tumores hemorroidários herniados êstes apêndices são recobertos pela mucosa sã da região ou pela pele quando invadem a margem do anus. São intactos à superfície salvo complicações. Apresentam uma dureza notável ao toque, sêca, elástica, diferente da dureza pastosa do edema ou flegmásias, a não ser quando inflamados ou que se tornam a séde de erosões superficiais, são indolores quer expontaneamente, quer à pressão. Foi a esta forma que antigamente se deu o nome de *condilomas*.

III—O sífiloma anal é com freqüência associado ao rectal. Neste caso as infiltrações reflectem-se do ânus para o intestino e continuam sem intermediário com lesões semelhantes do recto. Algumas vezes, o que é raro, estão separados por uma zona intercalar de tecido sã.

IV—Há casos onde o recto, anus e a região cutânea perianal são affectados por vezes; observa-se então um estado hiperplásico de toda a região ano-rectal. Anatômicamente a hiperplasia consiste num espessamento geral do órgão em toda a zona affectada; hipertrofia neste nível de todas as túnicas; proliferação abundante e difusa de elementos embrionários infiltrando todas as túnicas, com grupos predominantes em tórno dos vasos—lesões de endarterite—lembrando por seu aspecto os caracteres attribuídos à endarterite sífilítica; lesões de endoflebite e de mesoflebite; nódulos gomosos bem limi-

tados, sistemáticamente agrupados em tórno das artérias e veias; substituição dum revestimento epitelial pavimentoso estrategificado por epitélio cilíndrico normal da região.

V—Constituído por qualquer destas formas, o sífiloma pode seguir duas evoluções:

1.^a—Pode curar completamente, ou pelo menos atenuar as perturbações funcionais não deixando avançar as lesões, quando tratadas a tempo. Fournier cita quatro casos e outros há de Verneuil e Taylor.

2.^a—Caso contrário, persiste, degenera e agrava-se. Torna-se fibroso e retrai-se progressivamente diminuindo o calibre do intestino. Uma vez formado o apêrto, desenvolver-se hão as perturbações e fenómenos secundários a todo e qualquer apêrto do recto. Originariamente portanto o sífiloma ano-rectal não passa duma rectite hiperplásica, que não tratada a tempo se retrairá causando o apêrto sífilítico do recto que vamos descrever.

APÊRTO SIFILÍTICO DO RECTO

O apêrto sífilítico do recto foi considerado por Fournier como uma manifestação muito rara da sífilis terciária. Numa estatística de 4.400 doentes apenas encontrou doze casos. Actualmente, em virtude dos elementos de diagnóstico de que podemos lançar mão e sobretudo pela prodigiosa propagação da sífilis, sem dúvida os casos aparecem com maior frequência.

Anatomia Patológica—Sob êste ponto de vista o apêrto sifilítico apresenta as mesmas lesões como outro de qualquer natureza.

Sede—Ocupa quási sempre a região ampular podendo estender-se ou situar-se mais abaixo, não ultrapassando nunca a ampola rectal. O apêrto sifilítico é, portanto, um apêrto inferior do recto, sempre facilmente acessível ao toque digital. Por êste carácter se diferencia do canceroso que pode ocupar qualquer ponto e do disentérico de localização superior.

Forma—Conforme os não específicos podem ser:

a) *Valvulares*—constituídos por uma simples brida em esporão ou crescente, mas ocupando só uma parte do segmento da circunferência do intestino. É uma forma rara e a única capaz de apresentar bridas múltiplas em andares.

b) *Anulares*—formam uma espécie de bordete que se salienta e aperta o intestino.

c) *Cilíndricos*—diminuem o calibre do intestino atingindo circularmente uma altura de muitos centímetros. Estendem-se geralmente da ampola a 2 ou 3 cm. do ânus.

Os primeiros têm uma altura reduzida e provêm na generalidade de ulcerações rectais (apêrto cicatricial). Os últimos, variáveis de extensão de 3 e 8 cm., derivam ordinariamente de sifilomas ano-rectais chegados à esclerose.

Calibre—Muito variável, podendo chegar a um estado de permitir apenas uma sonda uretral.

Estrutura—Qualquer que seja a forma do apêrto

reconhece-se à autópsia, dissecando o intestino, que os elementos normais das túnicas confundem-se uns com os outros formando um bloco único, tornando-se impossível dissociá-los. Mesmo ao microscópio esta massa endurecida é constituída na sua maior parte por tecido fibroso, de matéria amorfa e núcleos embrioplásticos. Devemos todavia salientar que a mucosa existe, como o demonstra a superfície livre do intestino, mas é espessa e aderente às outras túnicas pela face profunda. Vemos, pois, que o termo último das lesões sifilíticas do recto é a transformação fibrosa das túnicas intestinais ou esclerose. Produzida esta, temos necessariamente o apêrto, e uma vez êle confirmado, produzir-se hão as lesões (da parte do intestino superior à constrictão) consecutivas a qualquer apêrto doutra origem.

E assim teremos:

1.º—*Dilatação das partes superiores ao apêrto*—Devidas naturalmente à estase fecal produzida por êle mesmo.

2.º—*Hipertrofia da túnica muscular*—Explicada por o excesso de trabalho a que o músculo está sujeito.

3.º—*Ulceração quasi constante da mucosa situada acima*—Esta ulceração que pode ser muito variável de forma e extensão não é uma sifilide ulcerosa do intestino como se poderia pensar; é, (diz Fournier) pura e simplesmente uma ulceração de causa mecânica, resultante do contacto prolongado das fezes sôbre a mucosa e da inflamação crónica

desta. Como prova, temos que ela existe nos apêr-tos congénitos e não específicos. Esta lesão dá muitas vezes lugar a corrimentos purulentos, com retalhos necrosados da mucosa, a qual pode ser absolutamente destruída pondo a descoberto a túnica musculosa.

São êstes corrimentos que constituem um dos sintomas mais graves e rebeldes que põem em perigo por esgotamento e fraqueza a vida do doente. Outras complicações podem surgir em seguida às ulcerações; são elas as seguintes: rectite periférica resultante da inflamação da mucosa pela passagem e estagnação de pus, abcessos perirectais, perfurações e sobretudo fistulas, que partindo do intestino em diversas alturas, vêem terminar no ânus, no períneo ou mesmo na bexiga e vagina.

Durante o curso de cirurgia de 1921 a 1922, deu entrada no Hospital de Santo António uma rapariga de 20 anos, portadora duma fistula recto-vaginal com rectite de natureza sífilítica. Esta doente apresentava manifestações cutâneas evidentes.

As fistulas são ordinariamente múltiplas. Por não se ter encontrado um caso único fóra da sífilis, Trelat chega a considerar êste caracter de multiplicidade fistulosa como quási patognomónico da sífilis. Para êle são múltiplas, limitadas a um curto trajecto, e perfeitamente sêcas.

SINTOMATOLOGIA — O aperto sífilítico do recto durante o seu primeiro período passa-nos a maior

parte das vezes despercebido. Não é diagnosticado geralmente senão no período de estado, porque se prepara e constitui duma maneira insidiosa sem que o doente dê por isso. O apêrto pode começar por uma fase de rectite, com sensação de pêso no períneo, dôres no momento das defecações, obstipação ou por vezes diarreia podendo mesmo juntar-se a excreção de pus. Mas êstes fenómenos ou são desconhecidos pelo doente ou vagamente atribuídos a hemorroides. Quer dizer, durante o primeiro período que podemos classificar de latente, os fenómenos que mais frequentemente se manifestam são: a raridade e dificuldades das dejejções. Estas perturbações (diz Fournier) são atenuadas artificialmente pelo uso de clisteres e purgantes, dissimulam aos doentes e médicos os progressos do mal; a lesão vai progredindo assim lentamente e só é diagnosticada no período de estado. Chegado a êste período teremos naturalmente o apêrto confirmado cuja sintomatologia será análoga à dos apertos não específicos. Como êles apresenta os sintomas seguintes: Obstipação, dificuldade das dejejções, modificação do calibre e forma das fezes, e acidentes de retenção estercoral. Os doentes queixam-se de obstipação (uma dejejção de quatro em quatro, cinco, dez e mesmo mais dias podendo mesmo atingir um mês como no caso de Godebert) que se torna notável pela sua intensidade e persistência.

As fezes ora delgadas, laminadas, em fita, ora ovoides, são expulsas à custa de muito so-

frimento, em pequenos fragmentos numerosos, misturados de pus no decurso de diarreias episódicas. Os esforços e as dificuldades à dejectão são por vezes de tal forma intensos que os doentes chegam a recorrer aos dedos e outros artifícios para se aliviarem. Frequentemente nota-se um corrimento pelo anus dum líquido irritante produzindo um eritema perianal.

Os doentes acusam uma sensação assídua de plenitude rectal, tenêsmo, necessidades falsas e reaes de expulsão; frequentemente repetidas e renovando-se tanto mais quanto menos satisfeitas. Tensão do ventre, abaülamento, borborigmos, cólicas por acumulação de fezes; algumas vezes perceptíveis e scíbalas grossas e duras, constituindo verdadeiros tumores ao nível do S ilíaco. Há por vezes alternância de crises prolongadas de diarreia entretidas pelo estado de irritação crónica do tubo digestivo situado acima da lesão. O estado geral tornar-se há evidentemente mau; o doente perde o apetite, emmagrece, neurasteniza-se, aborrece tudo e todos e toma por vezes o aspecto dum canceroso. Não é raro que predispostos hereditária ou pessoalmente à tuberculose êles se tornem tísicos e sucumbam pelo pulmão.

Por vezes a morte é precipitada por qualquer complicação local, tal como: peritonite por perfuração, flegmão difuso, difusão de supuração rectal ou por acidentes da intervenção cirúrgica. É curioso e ao mesmo tempo importante, lembrar que há um certo perigo na prática do toque rectal pois existem

casos de morte — explicados talvez por fenómenos de inibição. Na ausência de acidentes sobrepostos, o doente sucumbirá lentamente por um estado de esgotamento progressivo: inapetência absoluta; intolerância gástrica, diarreia contínua e ondas de pus lançadas pelo anus: desnutrição temível e emmagrecimento esquelético, suores e febre hética; finalmente marasmo e morte.

Enquanto à sua evolução — Fournier divide o apêto sifilítico em três períodos, a saber:

1.º Período ou latente: — durante o qual o apêto se constitui insidiosamente sem ocasionar dores e perturbações funcionais apreciáveis.

2.º em que se acusa apenas por perturbações funcionais exclusivamente locais (obstipação, dificuldades das dejeções), sem alterar o estado geral.

3.º e último período — em que se estabelece uma alteração geral e profunda de todo o organismo.

Quanto à duração de cada um destes períodos é muito variável, dependendo de condições muito diversas. Para o primeiro torna-se muito difícil calcular o tempo, visto passar a maior parte das vezes desapercibido.

Parece demorar anos a constituir-se, contudo tem-se confirmado apêtos 6, 5 e 4 anos depois da infecção. O segundo, mais fácil de apreciar, varia naturalmente com o indivíduo, com a forma do apêto e sobretudo com os cuidados terapêuticos, intervenção paliativa e por vezes acertada da arte. Para o terceiro, a duração é ordinariamente curta,

desde que a terapêutica médica, a arte cirúrgica, uma vigilância constante e permanente não interve-nham a tempo e duma maneira feliz.

DIAGNÓSTICO — Antes de estabelecermos os elementos de diagnóstico do apêrto sifilítico do recto, há um ponto a frisar que é preciso esclarecer e que é duma importância extraordinária.

Para reconhecermos o apêrto basta-nos introduzir o dedo no recto; ora na prática corrente êsse método de exploração escapa-nos com frequência e então naturalmente a lesão progride causando tardiamente sérios embaraços. Umaz vezes é o doente que por repugnância ao exame ou por pudor e vergonha se opõe a êste método; outras vezes é o clínico que não é incitado a praticar o toque rectal por o doente se desviar de referir seus males rectais e dificuldades da defecação, enganando o clínico, ou pelo menos não lhe fornecendo indicações suficientes para o dirigir na via do diagnóstico. Na prática a relutância a exames dêste género é frequen-tíssima. Ainda há bem pouco tempo explicava-me uma senhora minha conhecida: o médico que tiver de examinar-me nunca mais quero tornar a vê-lo... e pondo as mãos na cara... que vergonha!... E assim se explica o motivo porque tanta gente recorre a cidades vizinhas quando seu médico de casa lhe faz saber que é preciso fazer um exame genital. Há um outro êrro que pode succeder-nos e sobretudo ao doente, que é: tomar por hemorroides,

os tumores constituídos por o sífiloma anal. Portanto o ponto importante, enfim o preceito a estabelecer é este: assegurarmo-nos directamente pela vista, toque ou mesmo rectoscópio, do estado anatómico das paredes do recto. Só assim se tornará menos desconhecido o sífiloma ano-retal e conseqüentemente se evitará a gravidade que êle mais tarde nos pode acarretar. Estabelecido êste princípio, precisamos de reconhecer os caracteres dêsse apêrto, para depois determinarmos qual é a sua origem. Para determinar se o apêrto é ou não de origem sífilítica é preciso procurar cuidadosamente todos os elementos de que podemos lançar mão, e assim temos:

1.º—*Noção dos antecedentes pessoais, colaterais e hereditarios*—Pelo conhecimento dos commemorativos podemos muitas vezes obter o testemunho duma antiga sífilis.

2.º—*Sinais actuais de sífilis*—Pode algumas vezes existir apêrto sem que concomitantemente surjam manifestações cutâneas, viscerais ou alterações do sistema nervoso, mas o que é verdade, é que manifestações evidentes de sífilis, aparecem neste dado momento; observações freqüentes o atestam e de tal maneira que foram elas que levaram a descobrir a causa de grande número de padecimentos intestinais que até aí se ignoravam.

3.º—*Caracteres próprios da lesão*—Recentemente o Dr. G. Friedel num artigo da revista «Paris Medical» 1923, dizia: «De todas as causas que podem dar logar à produção do apêrto do recto, nenhu-

ma como a sífilis produz um apêto tão particular como o descrito por Fournier».

Enfileirando-se ao lado dêste eminente professor, reconhece que esta particularidade não é sòmente clínica mas também anatómica. E assim sem ser absolutamente distintos, os carâcteres do apêto sifilítico, não deixam de lhe imprimir uma forma particular. Precisemos então:

I—Frequentemente quando examinamos estes doentes nota-se imediatamente à primeira vista a presença de pequenas excrescências firmes e lardáceas, verdadeiros condilomas, diferentes das hemorroides que são moles, móveis, violáceas e na generalidade pediculadas. Os condilomas podem apresentar-se ulcerados como as hemorroides, mas estas ulcerações átonas assemelham-se às ulcerações específicas, não dando como elas hemorragias tão violentas. Os hemorroidários sentem de tempos a tempos uma sensação de plenitude e de pêso que desaparece com a aparição do fluxo sanguíneo e dores mais ou menos vivas que os impedem de andar e de se entregar às suas occupaões. Ora os condilomas não dão logar a isto.

II—O apêto sifilítico é um apêto inferior do reto, estendendo-se em comprimento até 4, 6 e 8 centímetros. É portanto sempre acessível ao dedo e nunca ultrapassa a ampola rectal.

Godebert afirma não ter encontrado um apêto que começasse a mais de 8 cm. acima do ânus. Ocupa de preferência quer o ponto de reunião das

regiões esfíntérica e ampular, quer as porções mais baixas desta última porção.

III—Ao toque rectal verifica-se que o apêrto é arredondado, regular, e quer tenha 4,5 ou 8 cm. de altura, constitui sempre em toda a extensão um cilindro regular, infiltrando-se uniformemente a esclerose em toda a circunferência do recto. Nota-se um estado aveludado da mucosa flexível; mas nodosidades e apêrto, são mobilizáveis sôbre o peri-recto e em todos os sentidos.

IV—Ao rectoscópio:—vê-se o apêrto em funil, muitas vezes em tubo apertado, alongado de 3,4 cm. e mesmo mais, recoberto duma mucosa esbranquiçada. Se há pús, vem de mais alto, de ulcerações superficiais e duma mucosa vermelha, congestionada e escoriadas.

Tillaux (2.º volume *Chirurgie Clinique*) diz:

«O apêrto sífilítico do recto apresenta dois caracteres clínicos que para mim são quasi patognómicos: 1.º uma rectite granulosa (proliferante d'Hamonnic) com infiltração das paredes precedendo o apêrto; 2.º a forma em funil da parte apertada.»

4.º—*Exclusão das outras causas*:—Nos apêrto distinguimos: apêrto congénitos e adquiridos. Os primeiros, geralmente de forma valvular, ligam-se aos vícios de conformação da região ano-rectal; podem situar-se na porção alta da ampola e parecem corresponder a um desenvolvimento exagerado das pregas de Houston; esta variedade foi descrita por Debreuil. Mas em geral encontram-se

a dois ou três centímetros acima do ânus e quasi sempre situada na semi-circunferência posterior do recto; desconhecêmo-la muitas vezes porque o doente estando deitado em decúbito dorsal é sobretudo a parede anterior que o dedo explora; à presença desta brida se liga a formação de certas fístulas que curam depois do seu desbridamento; os segundos podem ser devidos a várias causas como: a sífilis, o cancro, tuberculose, blenorragia, disenteria amibiana, actinomicose e traumatismos. Como excluir cada uma destas causas?

O apêrto rectal não sifilítico sobrevem depois dum período mais ou menos longo, durante o qual o doente apresentou sintomas de recto-sigmoidite: fezes numerosas, muco-sanguinolentas e purulentas, tenarmo, dores, perturbações digestivas variadas. Ora no sifilítico não se observa isto. Êstes doentes começam por ter durante um período bastante longo, unicamente perturbações de defecação, obstipação rectal, sensação de plenitude rectal, fezes em forma de fitas alongadas, sem sangue nem pus.

Friedel conta dois casos em que os doentes constataram êles mesmos o seu apêrto, antes de consultarem o médico por perda de sangue e pus. Os fenómenos de rectite são portanto devidos às ulcerações situadas acima do apêrto sifilítico. Os últimos — os *devidos a traumatismos* — são fáceis de excluir; são raros cicatriciais e fáceis de descobrir; sucedem a feridas accidentais. A *disenteria* pode dar origem a apertos de localização superior, acima da ampola-

-rectal, mas além de serem raríssimos, esta doença não é freqüente entre nós; e se o doente foi portador duma disenteria, afecção aguda ou dolorosa e grave poderemos recorrer à descoberta da amiba na análise das fezes.

Actinomicose—há quem diga ser susceptível de produzir apertos e que se situa no tecido celular subcutâneo poupando a mucosa mas ainda não vi relatado um caso; contudo poderemos procurar o agente nas fezes.

A *blenorragia*—pode ser uma das causas, mas é geralmente precedida duma fase de rectite, com dores por vezes cruciantes e corrimento purulento. Associa-se freqüentemente à sífilis. A análise das fezes pode revelar-nos a presença do gonococcus, na ausência de commemorativos pessoais. Sob êste ponto de vista precisamos de ser desconfiados e cuidadosos porque ordinariamente como são devidos a contactos suspeitos os doentes encobrem-nos.

A *tuberculose*—por uma lesão de tipo escleroso pode ocasioná-lo. São excepcionais. Convém porém fazer um exame minucioso geral de todo o organismo porque concomitantemente, aparecem perturbações noutros órgãos que nos podem fazer suspeitá-la. Neste caso a pesquisa do bacilo de Kock nas fezes e a cuti-reacção à tuberculina, são elementos que não devemos abandonar. Á autópsia tem-se verificado a tuberculose em portadores de apertos do recto. A tuberculose verrugosa hipertrófica aparece-nos por vezes mas é dum diagnóstico mais

difficil. Nota-se com freqüência a associação da tuberculose nos apertos sifilíticos

Resta-nos portanto o cancro que é uma das causas mais freqüentes do apêrto e que apresenta, como a sífilis, um certo número de variedades. Como a sífilis, pode criar num certo período (cancro novo) do seu desenvolvimento uma obstrução intestinal idêntica em todos os sentidos à que descrevemos. Pode aparentar uma marcha lenta e não exercer senão pouca reacção sôbre o estado geral; e a prova está em que o apêrto canceroso tem sido confundido mais duma vez em clínica com o sifilítico. É sobretudo com o cancro novo, ainda não ulcerado que o apêrto sifilítico se pode confundir.

Vejamos pois o que há de mais importante no cancro do recto. O mais freqüente dos cancros do intestino, observa-se sobretudo dos 40 aos 60 anos e em $\frac{2}{3}$ dos casos no homem. Faz-se gosar na sua aparição, dum papel predisponente, as afecções anteriores do recto, como hemorroides, inflamação, prolapsus, etc.; mas a sua causa real fica desconhecida.

Quanto à sua séde, o cancro apresenta vários tipos: anal, ampular e recto-sigmoide.

1.º—*Cancro anal*—Ou esfinctérico, situado na porção do recto subjacente às ligações do músculo elevador; pode-se ver desenrugando o ânus, uma ulceração, muitas vezes uma simples fissura cercada duma prega cutânea endurecida. O dedo penetrando no canal sente sôbre uma das suas paredes ou sôbre

toda a circunferência uma excavação irregular, de bordos elevados endurecidos, de base mal limitada. O diagnóstico é fácil com as ulcerações simples ou tuberculosas, ou sífilíticas que não têm esta dureza nem a mesma evolução.

Na forma botonosa o dedo sente uma massa vegetante em couve flor, sangrando ao menor contacto, atingindo por vezes o volume dum ovo de pomba e repousando sobre uma base endurecida. Distinguir-se há facilmente das vegetações banais que não têm base endurecida como as hemorroides trombosadas que são mais dolorosas, duma dureza mais elástica, de contorno mais nítido e de evolução diferente. Contudo um neoplasma pode desenvolver-se sobre elas.

O cancro sífilítico tem gânglios característicos, dureza especial e evolução própria.

2.º—*Cancro ampular*—O mais freqüente de todos, pode, sobre o ponto de vista do seu aspecto microscópico, apresentar duas variedades:

a) Forma circunscrita—que constitui no começo um relêvo irregular, mamilonado, de coloração vermelha, de volume variável, mas imediatamente esta massa ulcera-se e encontra-se então no centro do tumor uma excavação irregular de bordos recortados, e cujo fundo dá muitas vezes, nascimento a vegetações em couve flor, moles, sangrentas. A mucosa é vermelho-violácea em toda a volta, com pequenos tumores distintos a distância da massa principal às vezes.

b) Forma infiltrada—em que as tûnicas sãõ tomadas sôbre uma grande extensãõ; a parede é dura, rígida, por vezes lisa e mais ainda, semeada de ulcerações pouco profundas e de gomos. Quando o cancro se torna anular, em virola, é que constitui um verdadeiro apêrto neoplásico.

3.º—*Cancro recto-sigmoide*—Que interessa a porçãõ peritoniaõ do recto e sobe mais ou menos acima sôbre o colon pélvico. Para o reconhecer, é preciso deprimir a parede abdominal com uma das mãõs e explorar com o dedo da outra ao mesmo tempo que convidamos o doente a fazer um esforço de defecaçãõ. A invaginaçãõ crônica pode ser tomada por um cancro altamente situado.

Descritas as variedades de cancro do recto, vejamos agora os diferentes caracteres que nos levam a distinguir os apêrtos dum e doutro.

O apêrto sifilítico (diz Fournier), não é senãõ um apêrto; o cancro é antes um tumor e para êle a constriçãõ não é mais que um factõ acessório secundário. O apêrto sifilítico apresenta-se sob a forma dum anel ou dum cilindro fibroso, limitando-se a espessar e a endurecer as tûnicas, sem constituir tumor, o que já não acontece com o canceroso que é constituído na generalidade por uma neoformaçãõ globosa nítida, mais distinta ao toque. Além disso, a constriçãõ no cancro, podendo algumas vezes ser considerável, bem mais completa e estreita que a do sifiloma, atingindo um calibre duma palha, é consi-

derada como um epifenómeno, uma complicação a que êle nem sempre dá logar. No cancro existem frequentemente na vizinhança do tumor ligeiras entumescências, *tuberosidades satélites*, disseminadas. O apêrto sifilítico é relativamente igual e liso de superficie, transformando o recto num cilindro apertado, regular, enquanto que o apêrto canceroso, além de ser irregular, apresenta grandes desvios, bosseladuras, desviando a direcção do intestino em sentidos vários.

O apêrto sifilítico é uma lesão fixa que não se propaga aos órgãos vizinhos; com o cancro já não succede o mesmo, pelo contrário, invade rapidamente o tecido celular peri-rectal, que espessado e endurecido se opõe então ao abaixamento operatório do recto; o neoplasma irradia-se, atinge os órgãos vizinhos e êstes serão diferentes segundo a séde inicial do cancro; no cancro anal serão a pele da nádega e do períneo—que é ulcerado e perfurado de fístulas—a vulva e a vagina; no cancro ampular, serão os ureteres, o sacro, o útero e vagina, próstata, vesículas seminaes, bexiga, etc.

O cancro, posto que lesão crónica, tem uma duração muito mais reduzida que o apêrto sifilítico e em presença dum apêrto de 5, 8 anos e mais, estamos autorizados só por êste facto, a pôr a tréponemose como causa. Por estas considerações se vê que os apêrtos podem clinicamente ser diferenciados, na generalidade dos casos.

Acontece porém que o diagnóstico oferece por vezes tais dificuldades, que os mais experimentados

ficam na dúvida depois mesmo do toque rectal e exame ao rectoscópio. É por isso que se torna necessário, recorrer ao exame histológico dum fragmento do bordo da lesão sempre que estejamos em dúvida nestes casos.

Etiopatogenia do apêrto—Se antigos autores atribuíam exclusivamente esta lesão à sífilis, outros houve que afirmavam que o apêrto sifilítico propriamente dito do recto, não existia. Para êstes não havia senão apêrtos venéreos ou outros derivados de traumatismos, cancro, vícios sodômicos, tuberculose, etc. Actualmente está provado e demonstrado que o apêrto sifilítico do recto existe, indubitavelmente constituindo uma entidade mórbida perfeitamente real. Agora quanto à sua origem e modo de interpretação é que se emitiram várias opiniões. Assim, Fournier declarou que a sífilis terciária produz nas paredes anu-recto-sigmoides, uma infiltração hyperplásica linfoide de estrutura idêntica à que a sífilis provoca na língua, e que esta lesão evoluciona ou para a goma ou para a esclerose, arrastando esta por retracção consecutiva ao apêrto do recto. Gosselin admite esta patogenia, mas considera o apêrto sifilítico, como uma consequência indirecta da sífilis, em que incrimina como ponto de partida da infiltração, o cancro duro. Supunha êle que no ponto affectado pelo cancro é que se dava uma modificação de vitalidade de tecidos provocada pelo vírus canceroso: ora esta doutrina foi posta de parte não só por não se terem

descoberto casos verdadeiramente nítidos, mas também porque os apertos, só se manifestam anos depois da aquisição da sífilis. Desprès chegou mesmo a afirmar que o apêrto se seguia ao cancro fagedénico, mas acontece que o cancro situando-se no anus o apêrto faz-se mais em cima no recto. Uma outra doutrina diferente, foi a estabelecida por Duplay, denominada inflamatória. Para êle a sífilis seria incapaz, só por si, de produzir o apêrto.

Para se constituir, dizia ser necessário uma inflamação porque supunha que todo e qualquer apêrto se seguia sempre à inflamação crónica do recto, à rectite crónica, cujas causas são múltiplas. Ora contra esta teoria insurgiu-se Fournier que assim respondeu: «Não é a sífilis considerada por excelência uma doença de processos aflegmáticos? Para que criar então mais dificuldades? A admitirmos a inflamação na produção do apêrto também a devíamos admitir naturalmente no sarcócelo sífilítico, na esclerose hepática e escleroses viscerais. E podemos-las nós provar? Primeiramente ignoramos que isso se dê, segundo, não podemos mesmo aceitar, porque está provado por numerosas observações que o recto só começa a tornar-se inflamatório e doloroso, depois da estenose. Que a inflamação pode e deve em certos casos tomar parte, não há dúvida nenhuma, sobretudo os que sucedem às ulcerações crónicas; mas considerá-la sempre como necessária ou como origem única, é que é inadmissível». Outra opinião ainda emitida, foi a cicatricial, isto é, a estenose seria

uma consequência das lesões ulcerosas desenvolvidas sobre a mucosa do recto, que em parte se compreende perfeitamente. Foram estas as doutrinas emitidas que deram logar a numerosas e longas controvérsias. Actualmente a doutrina patogénica, mais clara, mais compreensível e geralmente aceita é a seguida por Fournier que assim a resume: os apertos podem derivar de processos diferentes; uns podem provir de ulcerações ou de sífilides ulcerosas rectais que pela sua cicatrização ou retracção podem conduzir à constrição das paredes do recto; os outros, os segundos, derivam duma hiperplasia intersticial ou infiltração das paredes rectais sem ulceração primitiva; são êstes os que se produzem como consequência ulterior do sífiloma ano-retal e os que se observam com mais frequência. Contra esta teoria se objectou, o facto do tratamento anti-sifilítico não influenciar estas lesões, mas isso nada quer dizer porquanto a esclerose do *tabes*, como da *paralísia geral* não é influenciada, embora esteja provada a sua origem sífilítica; e além disso, acrescenta Fournier, a infiltração esclero-gomosa, retrocede desde que seja atacada de comêço.

Quanto às condições que presidem à génese do apêrto rectal de natureza sífilítica muitas opiniões se têm emitido e largas discussões se estabeleceram outróra. Assim, houve durante algum tempo quem considerasse o apêrto sífilítico como uma afecção resultante invariavelmente de hábitos contra a natureza ou melhor do vício sodómico. Para Delpech, por

exemplo, o apêrto era o resultado duma inoculação pelo ânus ou recto, sendo para êle duvidoso que uma tal lesão pudesse depender duma infecção geral operada por outras vias.

Fournier pelo contrário, reage duma forma enérgica contra esta opinião e afirma por suas palavras: «O apêrto rectal não tem necessidade desta excitação para se produzir... ainda não encontrei um apêrto rectal reconhecendo como etiologia única, exclusiva, o vício sodômico e contudo os sêres imundos que são os profissionais dêste vício não fazem falta na minha clínica... (e terminando)—as suspeitas frequentemente emitidas sôbre a origem desta afecção, são absolutamente ilegítimas, senão sempre, pelo menos na enorme maioria dos casos».

Facto importante! Escreve agora Friedel na «Paris Medical» (25-Avril-1923):

«Notamos que na grande maioria dos casos (9 vezes em nossos 12 casos), os portadores de apertos são pederastas passivos (pederastia confirmada). E contudo a gonococcia que podia ser invocada na génese dêstes apertos não foi encontrada na anamnèse».

Que pensar pois ante estas observações? Será portanto verdadeira a concepção de que a sífilis do recto nasce e desenvolve-se sôbre o logar contaminado? Concorde que isso se possa dar, mas nem sempre, porque então, como explicar os apertos de qualquer outro ponto do intestino e muito principalmente os apertos congénitos sifilíticos?

Para alguns autores o apêrto é uma manifestação tardia, da idade média da vida, contudo tem-se observado muito mais cedo. O seu aparecimento pode levar 10, 15, 20 e mais anos a produzir-se, mas os primeiros sintômas podem manifestar-se no comêço do 3.º ano da infecção.

Querem alguns que o apêrto do recto seja uma manifestação da sífilis grave intensiva, mas isso também não se observa em grande parte.

Outrora concordava-se em que o apêrto era muitíssimo mais frequente na mulher que no homem e explicava-se isso, por na mulher se darem fenómenos (como por exemplo: menstruação, gravidês, parto e obstipação) que eram considerados como adjuvantes. O que se torna curioso é que das estatísticas apresentadas, reina grande confusão; umas parecem estar em relação com esta explicação, outras por exemplo como as de Fournier contrariam-na, assim:— 8:1 (Godebert);— 7:1 (Julius Berget);— 20:9 ou seja 2:1 (Curling);— 2:1 (Quenù e Hartman);— 3:11 (Fournier). Que concluir destas divergências? Para mim, eu creio que em virtude das particularidades existentes na mulher, se pode desenvolver mais facilmente pois que elas entretêm para o recto uma congestão mais ou menos permanente que lhe é favorável.

TERAPÊUTICA—No tratamento a seguir em qualquer das formas de sífilis intestinal, a primeira indicação a desempenhar é sem dúvida alguma o tra-

tamento específico. Já sabemos (as observações o atestam), que os padecimentos de origem sifilítica difficilmente estão dispostos a ceder a qualquer medicação que não seja a anti-sifilítica, ou pelo menos quando cedam, é apenas temporariamente. Torna-se portanto duma necessidade absoluta, todas as vezes que suspeitemos a sua especificidade, fazer um tratamento de prova que nos poderá evitar por vezes, sérios embarços. As medicações postas actualmente em uso, contra a avariose, são numerosas e variadas, e todas assentam sôbre os medicamentos seguintes: mercúrio, iodeto de potássio, arsénio, bismuto, enxôfre, sais de quinino, etc., etc. Associados duma maneira mais ou menos complicada como: 914 (neosalvarsan), 606 (salvarsan), galyi, trepol, neotrepol, muthanol quinby, sulfarsenol, enesol, hec-tina, hectargírio, etc., etc.) todos nos são úteis e applicáveis, segundo o período e a forma da doença.

No recém-nascido, algumas gotas de licor de Van Swieten, de licor de Donovan-Ferrari ou mesmo injeções sub-cutâneas de sulfarsenol poderão ser administradas. Fournier relata um caso duma criança, cujas perturbações intestinais cediam rapidamente ao licor de Van Swieten.

Algumas vezes, poderemos também tratar a criança, indirectamente, por intermédio da mãe.

Para não falar em cada caso, ou em cada medicamento em particular, o que levaria muito tempo, limitar-me hei a seguir os princípios orientadores do tratamento antisifilítico estabelecidos duma maneira

nítida, clara e útil pelo prof. Tiago de Almeida nas suas «Lições de Clínica Médica», II volume.

PRINCIPIOS ORIENTADORES DO TRATAMENTO

— Estabelecer períodos de medicação e de repouso medicamentoso.

— Contar com o tratamento anterior feito pelo doente.

— Cuidados especiais

{	Higiene da bôca.
	Higiene geral.
	Evitar excessos e intoxicação.

— A duração completa do tratamento e o número de períodos anuais dependem das condições individuais de cada caso.

— Nas aplicações do mercúrio, fiscalizar a função renal, nas de Salvaran fiscalizar o rim, o miocárdio, o fígado, os centros nervosos; nas aplicações do iodeto, atender aos estados congestivos; em todos os casos considerar a possibilidade da idiossincrasia.

— A escolha do processo de aplicação e da posologia de qualquer preparado anti-sifilítico depende das condições de cada caso.

— Atender na aplicação de qualquer medicamento à reacção de Herxheimer.

— Fiscalizar em observações minuciosas o sifilítico (obs. clínica da reacção de Wasserman no sangue e no líquido cef. raquídeo) durante a sua vida.

Uma das dificuldades que outrora surgiam quando em presença dum caso de enteropatia sifilítica, era o modo de administração do medicamento. Além da fricção mercurial tinham apenas a ingestão do mercúrio e o iodêto de potássio, como via única de administração.

Ora como tais medicamentos provocam por vezes intolerância e irritação gastro-intestinal em indivíduos isentos de perturbações ou de alterações dos seus intestinos, parecia à primeira vista pouco razoável e lógico, recorrer a tal administração. Mas veio depois a experiência mostrar em muitos casos que o proto-iodêto e licor de Van Swieten, além de não irritar e agravar certas lesões ulcerosas do intestino, pelo contrário foram bem tolerados e curaram. Que este método era realmente para temer, parece não admitia dúvidas, todavia hoje em dia, em presença de processos tão variados e cómodos como os das injecções intramusculares, subcutâneas e endovenosas, todo o embaraço desaparece por completo.

Querer descrever a maneira como se têm curado grande número de casos de enteropatias sifilíticas, seria missão longa e custosa. O que é verdade e é bom lembrar é que todos êles assentam sobre as bases ou princípios seguintes: tratamento específico — regimen dietético e higiene. Que podemos nós entender por regimen dietético e higiene?

Resumidamente compreendem:

1.º—Pôr o intestino em repouso, favorecendo a regularidade das dejecções por uma alimentação

cuidadosa e suave que satisfaça à dúpla condição de ser nutritiva e de deixar poucos resíduos estercoais (carne raspada, leite, ovos, farinhas, etc.).

2.º— Evitar a irritação da mucosa intestinal pelo uso freqüente de purgativos que exercem ordinariamente uma acção irritante sôbre o intestino e em segundo lugar dão uma obstipação consecutiva pouco favorável ao doente.

3.º— Usar como desinfecção intestinal, a lavagem com canula de dúpla corrente, o clister, os pensos rectais, e o óleo de rícino ou parafina em doses pequenas e repetidas de maneira a actuar mais como diluidores das fezes do que como purgantes.

4.º— Sustentar e vigiar o estado geral por intermédio de tónicos.

Posto isto pergunta-se? Todos os casos de enteropatias sifilíticas curar-se hão, duma maneira completa e segura pelo tratamento específico? Certamente que não. Há casos em que o tratamento não exerce influência alguma curativa sôbre as lesões; são aquelles em que as lesões deixaram de ser sifilíticas, para serem única e simplesmente uma consequência última, uma esclerose fibrosa, como uma cicatriz ou apêrto. Donde se deduz que estão fóra da acção exclusiva específica, os casos de obstrução crónica ou de oclusão, em que a maior parte das vezes não se deverá hesitar, em recorrer à laparotomia, à colostomia, enfim, à técnica operatória.

Os apertos do recto estão nestas condições. Não

quero dizer, que não haja casos em que o tratamento específico tenha dado resultados, não, porque os há, em que parece ter havido uma regressão, sobretudo do sifiloma ano-rectal, mas isso dá-se quando a intervenção clínica se faz a tempo, isto é, antes do apêrto estar completamente confirmado e estabelecido.

O tratamento específico em geral tão brilhante e eficaz nos seus efeitos nas lesões sifilíticas, é por assim dizer inútil, improficuo, nos apertos do recto. E porque? Repito-o: porque o apêrto sifilítico do recto é como todos os apertos de qualquer outra natureza, insusceptível de sofrer a mínima regressão, pela influência simplesmente clínica, visto que as túnicas retais se degeneraram completamente transformando-se em tecido fibroso retratil.

-Que caminho pois a seguir em tais casos?

Nêste momento é à cirurgia que devemos recorrer. Porque modo póde ela actuar?

As opiniões sôbre êste ponto variam muito.

Enquanto que alguns autores militam a favor duma operação precoce, outros pelo contrário, confiantes no resultado do tratamento médico, preferem esperar o máximo tempo possível. Seria certamente um êrro, tentar o tratamento cirúrgico em todas as recto-colites.

A sua indicação liga-se sobretudo aos casos de intensidade média, mas prolongada e àqueles cuja gravidade está em relação com a abundância de hemorragia, febre sética por retensão purulenta, em

que se torna indispensável intervir a tempo. Nêstes cásos o ponto de reparo que é preciso não perder de vista, para determinar a linha de conduta, é constituído por o estado geral do doente. Enquanto êste se mantém pode-se sem mêdo continuar a aplicar os métodos médicos; mas se as fôrças declinam, se a anemia e o emmagrecimento tem tendência a progredir, é preciso não hesitar em preconisar uma operação que só em muitos casos poderá salvar o doente.

É portanto à cirurgia que devemos recorrer desde que o diagnóstico do apêrto confirmado do recto se impõe, porque as intervenções dão muito bons resultados quando tratadas no comêço, isto é, antes que os progressos da doença conduzam a aderências, a abcessos pericólicos, complicações, enfim, devidas à estase ascendente, etc.

Mas que intervenção devemos nós seguir? Têm-se praticado várias, podendo nós classifica-las em dois grupos: num estabelecem o curso das fezes por uma dilatação progressiva do intestino sem efusão de sangue; no outro, o das operações sangrentas, ou alargam o calibre do intestino incisando êste apêrto, e mesmo a espessura das paredes rectais (rectotomia interna, rectotomia externa, etc.), ou melhor, combatem os efeitos da estenose por processos diversos — extirpação entero-anastomose, colostomia, etc.

Para não entrar em detalhes quanto ao manual operatório, indicações e inconvenientes destas intervenções, referir-me hei apenas e duma maneira geral

às conclusões a que chegaram os práticos mais autorizados, sobre os resultados da intervenção cirúrgica. Sobre este ponto, afirmam Quenù e Hartman: «nenhum destes métodos procura duma maneira certa a cura radical; nenhum por consequência se impõe de repente como devendo substituir a todos os outros». Numa das comunicações à Société de Chirurgie o prof. Quenù resolve assim a questão: «O tratamento do apêrto do recto não pode ser uniforme. É preciso pensar na dilatação lenta, progressiva e prudente, em certos doentes que podem tratar-se e ser curados. Mas o tratamento aplicado à maioria dos casos é para nós o anus ilíaco. Devemos-lhe as verdadeiras resurreições em doentes caquectizados, atingidos de supuração abundante do recto, e tomados de dôres cruciantes e de expulsões rectais difíceis, etc.».

Em resumo, a dilatação progressiva constitui geralmente a operação de escolha nos casos de apêrto do recto ainda não muito alterado. Mas para que ela dê resultados satisfatórios e duráveis, deve ser assídua, quotidiana a princípio, mais tarde frequentemente repetida, devendo ser contínua indefinidamente. Além de constituir uma sujeição do doente das mais penosas, é bom lembrar que pode ser mal tolerada, determinando quer dôres atrozes seguidas de crises histéricas, quer retenção de urina, fenómenos inflamatórios (irritabilidade local; dôres, aumento de corrimento, tumefacção e vermelhidão das pregas do ânus, etc.), quer podendo mesmo enfim

determinar acidentes mortais por perfuração do recto.

Salvo nos casos de estreiteza excessiva do apêrto, ou, da necessidade urgente de nos livrarmos dos fenómenos ameaçadores da retenção estercoral, é por a dilatação que convém começar o tratamento. E só então, depois dela se mostrar insuficiente é que devemos pensar numa intervenção sangrenta.

Destas intervenções a que oferece menos perigos e que é actualmente unânimemente aconselhada, pelas garantias que oferece, é o ânus ilíaco definitivo, podendo ser acompanhado ou não da extirpação do segmento apertado.

O ânus ilíaco não permitindo que passe alguma coisa para a extremidade inferior, faz com que se dê uma atrofia definitiva do segmento rectal por desaparecimento de função. É por isso que é preciso considerar o ânus ilíaco como definitivo, e que é imprudente fecha-lo mesmo quando as melhoras são consideráveis.

OBSERVAÇÕES

I

Doente—M. E., de 45 anos, solteira, serviçal, deu entrada para a Enfermaria de 2.^a Clínica Médica—Sala Espírito Santo—em 24 de Março de 1922.

Estado actual—Emmagrecimento acentuado, pele e mucosas descòradas, astenia notável e apiréxia. Pequenas manchas rosadas por todo o corpo. Gânglios nas regiões axilar, cervical e inguinal, sendo nesta região, nomeadamente à direita, bastante volumosos.

Aparelho digestivo—Apetite conservado, afrontamentos e ânsias horas depois das refeições com sensação de plenitude do estômago. Piroses e por vezes vômitos alimentares, sobretudo duas horas depois de jantar. Dores surdas espontâneas em todo o abdomen, com irradiação lombar e exageradas pela pressão. Diarreia de fezes semi-líquidas com mucosidades, pus, às vezes sangue e alimentos por dige-

rir (vegetais e carne). Dejeções freqüentes (4 a 6 por dia), com tenesmo. Colons ascendente, descendente, e ilio-pélvico palpáveis, ligeiramente dolorosos e em cordões. Timpanismo e gargolejo abdominal. Às vezes incontinência de fezes.

Fígado—Normal, assim como o baço.

Ao exame do ânus notam-se à periferia umas excrescências irregulares que sangram facilmente, parecendo verdadeiras vegetações condilomatosas. Tem um corrimento rectal muco-purulento. Praticando o toque rectal sente-se dificuldade à introdução do dedo e ao toque vaginal associado, percebe-se uma certa dureza da mucosa com saliências irregulares e mamilonadas. O dedo não sai sujo depois do toque nem tão pouco dá cheiro fétido.

Aparelho respiratório—Respiração rude nos vértices com vibrações aumentadas, e ligeiros síbilos na região média e posterior do pulmão esquerdo. Tosse, com expectoração mucosa por vezes, sobretudo à noite.

Aparelho cardio-vascular—Pulso pequeno, hipotenso, regular e taquicárdico (84 a 90). As tensões deram ao Oscilómetro Pachon:

$$TM=9 \text{ e } Tm=5.$$

Ruídos cardíacos ensurdecidos em todos os focos. O primeiro ruído mitral levemente soprado e o segundo aórtico fragmentado por vezes. Radiais e temporais ligeiramente flexuosas, salientes e rígidas (esclerosadas).

Sistema nervoso—Reflexos pupilares normais, tendinosos exagerados, nomeadamente, os rotulianos. Romberg negativo. Cefaleias por vezes mais repetidas à tarde. Sente zumbidos e moscas volantes. Insónias. Caimbras e sobressaltos ao adormecer. Às vezes de manhã sensação de dedo morto.

Exame laboratorial—A análise completa de urinas revelou de importância apenas leves vestígios de albumina.

Relação urológica—sensivelmente normal. Pêso —46^{kg},5; altura—1^m,40.

Reacção de Bordet-Wasserman—no sangue—negativa.

História da doença—Há 17 anos que padece do abdomen, com diarreia, dejeções frequentes, tenesmo, fezes por vezes sanguinolentas, dores abdominais e por vezes abaulamento do abdomen. Lienteria raramente. Êste estado manteve-se assim com mais ou menos sofrimento, até há cerca de um ano. Por essa ocasião deu uma queda de que resultou fracturar uma costela, e desde então para cá os seus padecimentos parece terem-se agravado. Assim o número de dejeções aumentou, o tenesmo tornou-se mais insuportável, a presença de mucosidades e alimentos por digerir repetiam-se, e o sangue nas fezes observava-se frequentemente. Tão forte foi o rebate sôbre o organismo que se viu forçada a dar entrada para êste Hospital.

Antecedentes pessoais—Tem sido sempre saudável. Aos 20 anos deu uma queda dumas escadas

que a fez ir à cama. Consultando por essa ocasião uma parteira, disse-lhe ter o útero descido e aumentado. Tempos depois, um corrimento esbranquiçado e repetidas vezes febre com arripios, que demoravam pouco. Foi menstruada desde os 18 aos 42 anos, tendo sido sempre regulada.

Antecedentes hereditários—Pais falecidos de idade avançada. A mãe teve 13 filhos e 2 abortos. Dos treze, nove morreram à volta dum ano e um outro já de certa idade, não sabendo de que doença. A doente teve dois filhos: um morreu de um ano; o outro (diz ela) é saudável mas aparecem-lhe por vezes feridas pelo corpo.

Diagnóstico—Além dos pequenos sinais dum brightismo confirmado pela análise de urinas, a sintomatologia permite pensar numa *rectite com apêrto* cuja origem parece ser a sífilis. Apesar da reacção de Bordet-Wasserman no sangue ter sido negativa, não podemos fugir a essa hipótese; se atentarmos bem nos antecedentes hereditários e sobretudo na frequência da negatividade da reacção nos heredo-sifilíticos, somos levados sem dúvida alguma a emití-la antes de pensar em qualquer outra. Sendo assim o que parece estar imediatamente indicado, é fazermos o tratamento de prova. Mais ainda, durante o primeiro mês de tratamento neste Hospital, esteve submetida à lactose, tanigéneo e ópio em hóstias (3 por dia), de cuja medicação nenhuma melhoria sensíveis obteve. Que fazer pois? Aplicar a terapêutica anti-sifilítica primeiramente e só depois do resul-

tado colhido é que devemos investigar qual a causa mais provável.

Prognóstico—Desde que o diagnóstico de apêto sifilítico se venha a confirmar pelo tratamento anti-sifilítico, é de prever que com a sua continuação, seguida de algumas dilatações se obterá útil resultado.

Terapêutica—Reconhecida a insuficiência do tratamento acima referido, passou-se ao uso de injeções intramusculares quotidianas de benzoato de mercúrio e ao iodeto de potássio em poção. Tão brilhantes foram os efeitos obtidos logo às primeiras injeções, que a doente embora bastante impressionada pela dor que lhe causaram, foi a primeira a insistir com a continuação delas. E assim as dejectões passaram a fazer-se sem dor e de 6 a 7 por dia, reduziram-se a duas e uma. Dorme muito melhor e as cefaleias desapareceram. Mais tarde recebeu duas injeções de 0^{gr},15 de 914 e mais duas de 0^{gr},30, com o que obteve ainda mais benefícios.

Resultado—A doente, por circunstâncias várias, teve de abandonar o Hospital não totalmente curada, mas muito melhorada dos seus padecimentos. Assim o recto encontrava-se ainda ligeiramente apertado mas o corrimento purulento deixou de existir. As degenerescências ou condilomas à volta do ânus já não sangravam ao mais leve contacto. O apetite manteve-se bom. As fezes eram agora sólidas e as evacuações menos frequentes e indolores. Já não se observava melena nem lienteria. O sistema cárdio-vascular melhorou: $TM=10,5$; $Tm=5$ e a

tonalidade dos ruídos cardíacos aumentou. A albumina desapareceu em análises sucessivas. O estado moral deprimido que a doente apresentava antes, mudou completamente às primeiras injeções de 914.

Quer dizer, a sífilis hereditária era, pelo que se vê, a única causa responsável de todas as lesões e perturbações de que a doente era portadora. Se ao tratamento específico se associasse umas ligeiras dilatações do apêrto pelas velas de Hegar, certamente a cura seria completa. Por isso é para lamentar que a doente não se tivesse sujeitado a êste tratamento, que embora penoso, seria certo.

II

Doente—R. de C.—30 anos, solteira, serviçal, deu entrada para a Enfermaria de 2.^a Clínica Médica—Sala do Espírito Santo.

Estado actual—Palidez muito acentuada com notável emaciação. Cabelos já muito brancos. Astenia profunda. Ligeiros suores nocturnos. Pequenas elevações de temperatura para a tarde. Dores repetidas nos ossos, peito e região lombar. Cefaleias intensas e insónias rebeldes. Micropoliadenia generalizada.

Aparelho digestivo—Língua saburrosa e anorexia. Afrontamento e pêsso do estômago depois das refeições. Tenesmo e dores violentas ao evacuar. Uma dejecção diária, em regra acompanhada de

sangue e pus, com tentativas de evacuação falsas frequentes durante o dia. As fezes as mais das vezes escuras, são em forma de fita alongada, e cobertas de mucosidades, espécie de claras de ovos, seguidas de verdadeiras descargas diarreicas. Dores à pressão na fossa ilíaca esquerda. Corrimento rectal mucopurulento. Afastando a margem do ânus vêm-se pequenas ulcerações avermelhadas. Toque rectal muito doloroso, entrando o dedo com dificuldade. Ampola rectal dura, de superfície irregular com pequenas elevações e depressões. Tentou-se fazer exame ao retoscópico, mas não se conseguiu fazer penetrar mais que 2 centímetros, em virtude da existência de apêto do recto. Notou-se ainda a inflamação da mucosa do recto, vermelha e excoriada com pequenas elevações.

Aparelho circulatório — Pulso pequeno, frequente e hipotenso ($TM = 11,5$; $Tm = 7$) sons cardíacos duros, sobretudo o 2.º aórtico.

Aparelho respiratório — Respiração rude de ambos os lados e broncofonia no vértice direito.

Aparelho gênito urinário — Pequenas ulcerações vulvares e peri-uretrais. Corrimento vaginal branco e espesso. Vestígios de cancro duro (?) na comissura posterior da vulva.

Sistema nervoso — Ausência de Romberg e reflexos rotulianos vivos. Pupila direita em miose e de contornos irregulares.

Análise laboratorial — Relações urológicas-normais e caracteres das urinas sem importância.

Reacção de B. Warseman no sangue — fortemente positiva.

História da doença—Há pouco mais ou menos dois anos, que quinze dias após uma cópula suspeita, lhe apareceu um corrimento vaginal amarelado-esverdeado acompanhado de dores muito ligeiras e ardências à micção. O corrimento (diz a doente) desapareceu espontaneamente mas julga que a infecção se propagou ao ânus, porque desde então começou a sentir dores rectais que a não deixavam endireitar-se. Passados dias, as dores irradiavam-se para a região lombar e abdómen. Próximo do ânus appareceu-lhe um orifício pelo qual saía um corrimento e a água dos clisteres, que lhe ocasionava muitas dores. Três a quatro meses depois da cópula foi atacada de reumatismo que começou pelos membros e se generalizou depois.

Este reumatismo era acompanhado de febre ligeira e reteve-a uns cinco meses de cama. As dores nos ossos eram mais vivas de noite e tinha a impressão de que os ossos eram percorridos por agulhas muito finas. Por essa ocasião tinha cefaleias intensas e insónias. Estes padecimentos levaram-na a internar-se neste Hospital, na enfermaria 14, onde lhe fizeram uma reacção de Wasserman que deu fortemente positiva. Teve então uma erupção cutânea sem prurido de que conserva cicatrizes acobreadas. Durante a permanência no Hospital, esteve com injecções de benzoato de mercúrio e xarope de Gibert. Com este tratamento saiu (passados 2 meses)

muito melhorada, para 10 dias depois, voltar a internar-se por causa do globo ocular direito de que se sentia mal. Saiu deve haver mês e meio, e agora de novo volta a queixar-se dos seus intestinos.

Ant. pessoais—Teve o sarampo e a variola em criança. Em tempos uma febre que a reteve 4 meses na cama. Gripe epidémica há 4 anos. É assistida desde os 16 anos com grandes irregularidades. Foi sempre fraca e pálida. Teve uma filha que é saudável.

Ant. Hereditários—O Pai sofria do estômago, reumatismo e faleceu com edemas. Mãe saudável com dez filhos, três dos quais faleceram: uma de 23 anos, outro de 14, com a gripe e outro em pequeno.

Diagnóstico—Os elementos que se podem colher da sua sintomatologia e história clínica da doença, são suficientes para afirmar imediatamente que se trata duma *rectite com apêrto de natureza sífilítica*.

Tratamento—Esteve com iodêto de potássio em poção. Injecções intra-musculares de benzoato de Hg, sub-cutâneas de cacodilato de sódio e intra-musculares de quinby (dóse de 3^{cc} por dia).

Tratamento local—Lavagens intestinais e supositórios mercuriais que suportava bem.

Resultado—Com estas medicações a doente melhorou consideravelmente. O estado geral mudou por completo. Passa bem o dia e dorme socegradamente. Voltou o apetite. As perturbações intestinais atenuaram-se bastante. O corrimento desapareceu e as

dejecções reduzidas a uma ou duas por dia, fazem-se sem dôr, mas ainda por vezes com um pouco de dificuldade. Ao toque reconhecia-se (à saída da doente do hospital) ainda o recto um pouco apertado e dorido.

Para uma cura completa seria necessário proceder a uma dilatação cuidadosa e contínua do recto.

III

Doente—A: P., de 28 anos, viuva, doméstica, deu entrada para a Enfermaria de 2.^a Clínica Cirúrgica em 13 de Novembro de 1922.

Estado actual—Anorexia, palidez, emmagrecimento, pirexia com oscilações à volta de 37°,5 e 38° para a tarde. Língua ligeiramente saburrosa e polidénia.

Exame subjectivo—Resume os seus padecimentos em grandes dificuldades nas dejecções com grande sofrimento, e a tal ponto de a levar a dizer que os esforços para evacuar, são maiores do que para ter um filho. As dores que acusa por ocasião das dejecções têm o seu máximo de intensidade na região anal, irradiando-se para o abdomen. Fora das dejecções, sente dores não tão agudas como quando dêesses actos, mas mais surdas, assim como que uma sensação de pêso constante no recto, acarretando-lhe um insuportável mal-estar. Tem tenesmo rectal com falsas evacuações frequentes. Os puxos de que é

acometida tantas vezes, constituem um verdadeiro suplício. As fezes por vezes duras, são ordinariamente moles, semi-líquidas, seguidas de hemorragias, ora pouco ora mais abundantes, de sangue limpo e vivo; outras vezes, são seguidas dum corrimento muco-purulento.

Exame objectivo—Local—Uma vez que a doente circunscribe os seus padecimentos ao ânus e parte inferior do intestino, é para lá que desviamos a nossa atenção.

À *inspecção*—Notam-se à volta do ânus duas saliências desiguais, semelhando dois botões, aparentemente hemorroidários; a maior ficava situada na parte ântero-direita do ânus, continuando-se com a outra, que se encontrava na parte póstero-interna direita. Dessas saliências, a primeira, era arredondada, de superfície um pouco lobulada, mas lisa em cada lóbulo, de cor rósea, mais ou menos como a da região; a segunda, a menor, de forma alongada, mais violácea e apresentando na parte mais posterior da sua face interna uma solução de continuidade, com perda de substância e recoberta dum exsudato esbranquiçado. Do outro lado do orifício anal, havia pequenas soluções de continuidade de bordos talhados a pique que apresentava, aqui formas irregulares, e mais além fissuras lineares, orientadas segundo a direcção das pregas radiadas.

À *palpação*—Nota-se: a pouca consistência e retractilidade à pressão da saliência anterior que

tinha o tamanho duma avelã, e a maior consistência da posterior.

À exploração com o estilete, das pequenas soluções de continuidade, não se descobre a existência de qualquer trajecto fistuloso. Um carácter comum apresentam todas as lesões, à excepção da saliência anterior; é a dor que desperta a mais leve pressão, exercida quer pela palpação directa, quer pelo estilete, com o fim de pesquisar a existência, ou falta de trajectos.

Ao toque rectal — Muito doloroso para o doente, denuncia pela dificuldade à entrada do dedo, um apêto não muito acentuado e a existência de saliências nodulares, resistentes, sem o mais leve vestígio de pediculização, dispostas à volta do recto, separadas por depressões formadas provavelmente pela mucosa móvel e delgada. De diferentes tamanhos, êstes nódulos encontram-se irregularmente espalhados. Ao toque vaginal mixto não se percebe dureza das tónicas rectais.

Exame geral — *Aparelho cárdio-vascular* — pulso sensivelmente normal, notando-se apenas uma leve taquicardia (92 pulsações); 2.º ruído cardíaco batido mais vibrante que normalmente nos fócios da base e em especial no aórtico.

Aparelho respiratório — Ligeiras modificações da respiração no vértice direito: broncofonia, vibrações ligeiramente aumentadas e expiração um pouco prolongada.

Aparelho digestivo — Digestão um pouco difícil,

abaülamento por vezes do abdómem, com timpanismo e colón ileo-pelvico nodoso e palpável.

Aparelho gênito-urinário—Normal.

Sistema nervoso—Normal.

Exame laboratorial—Sangue com: reacção de Bordet-Wasserman fortemente positiva.

Urinas—Pesquisa sumária.

Albumina—pelo reagente de Tanret—
Negativa.

Glicose—pelo licor de Fehling—Negativa.

Pigmentos biliares—pelo Gmelin—
Negativa.

História da doença—Iniciou-se há cêrca de 3 para 4 meses, por dores no momento das defecações, tenesmo, hemorragias a princípio só no momento das dejecções, e depois mesmo fora delas, em períodos irregulares. Isto foi-se acentuando de dia para dia, até que resolveu dar entrada para o Hospital de Santo António.

Durante todo êste período tornavam-se frequentes as cefaleia. Levantava-se bem, passava regularmente toda a manhã e parte da tarde, e para a noite fixavam-se então umas dores fortes na região frontal.

Antecedentes pessoais—Tem sido saudável. Como doenças anteriores, lembra-se de ter o sarampo em pequena, e há pouco mais de um ano, uma ferida vulvar (no seu dizer—uma cortadela), com corrimento vaginal amarelo-esverdeado, e ardências à micção. Por êste último padecimento

teve de dar entrada no Hospital, onde depois de algum tempo — uma pomada e irrigações — a curaram. Desde então para cá, duas cousas importantes tem notado e nos merecem especial atenção: queda de cabelo sensível e cefaleias de quando em quando. Tem dois filhos vivos — e no dizer dela — saudáveis.

Antecedentes hereditários — A mãe faleceu no hospital dum parto distócico.

O Pai é vivo, idoso e foi sempre saudável. Tem quatro irmãos vivos fortes, e três outros falecidos, ignorando as causas da morte.

Diagnóstico — Se do conjunto sintomático que a doente apresenta nos é fácil determinar que ela é portadora duma retite, com ligeiro esbôço de apêrto, outro tanto já não sucederá se quizermos afirmar qual a sua natureza. De todas as causas susceptíveis de provocar estas lesões, as primeiras que neste caso nos podem sugerir são: a tuberculose e a gonocóccia. A primeira porque as modificações ou alterações do vértice, freqüência do pulso, e sua curva térmica com elevações para a tarde a fazem lembrar; a segunda pelo seu passado.

Mas da sua sintomalogia ressalta um conjunto de dominantes e persistentes perturbações, como sejam: cefaleias vesperais, queda do cabelo, 2.º ruído aórtico batido, poliadenia, ferida vulvar (cancro?) que nos fazem presupôr a sífilis:

Por esta razão se fez a análise do sangue que veio confirmar o diagnóstico de avariose. Deve notar-se que as perturbações pulmonares que acusa

são mais próprias da bacilose do que da sífilis, que se acentuam mais para as bases pulmonares sobretudo para a direita. Mas a admitirmos mesmo as duas, o nosso primeiro passo a dar, deverá ser a aplicação imediata duma terapêutica específica.

Quanto aos dois nódulos externos que a doente apresenta na região anal, lembram pela sua consistência, depressibilidade, aspecto violáceo e configuração, dois processos hemorroidários.

A constrição ligeira que se nota ao dedo, parece ser mais de origem reflexa.

Prognóstico— Confirmado o diagnóstico de retite sífilítica, a doente deve obter melhoras pelo tratamento anti-sifilítico, havendo toda a probabilidade das lesões curarem completamente em virtude do estado pouco adiantado das lesões e sobretudo da idade (pouco mais dum ano) da sua sífilis.

Tratamento— Esteve com injeções de benzoato de mercúrio na dose de um centigramma todos os dias; colutório de clorato de potássio como preventivo de stomatite; lavagens do recto, e penso local com vaselina iodoformada a 10 %.

Resultado— A hipótese sífilis emitida sobre a natureza da retite, pareceu logo confirmar-se a princípio, visto que às primeiras injeções de benzoato de mercúrio, a doente sentiu melhoras notáveis. E por tal forma elas se acentuaram que as dores e o tenesmo a pouco e pouco se foram atenuando, até que totalmente deixaram de existir. As hemorragias foram-se tornando menos abundantes, tornando

depois as fezes levemente sanguinolentas e por último desapareceram. O seu estado geral melhorou extraordinariamente. A curva térmica deixou de apresentar os acréscimos de tarde, o apetite tornou-se mais acentuado, e o pulso se bem que ligeiramente taquicárdico diminuiu de frequência e tornou-se um pouco mais amplo e cheio.

Em resumo: demonstrada assim a rectite sifilítica pelas melhoras acusadas pelo tratamento anti-sifilítico, verifica-se pela idade pouco avançada da sua sífilis que deve tratar-se duma *rectite sifilítica secundária*. Por isso seria bom para uma cura completa, que se associasse ao mercúrio uma série de 914. Assim se quis proceder, mas a doente sentindo-se bem, resolveu muito satisfeita abandonar o Hospital.

IV

Doente — A. R., professor — Of. Reformado, 34 anos, solteiro — Da clínica particular do Ex.^{mo} Snr. Dr. Albino dos Santos, 1923.

História da doença — contraíu há 10 anos um cancro do pénis, de que conserva ligeira cicatriz, seguido de gânglios inguinais bilaterais, volumosos e indolores que não chegaram à supuração. Curou pelo uso de tópicos locais. A reacção de Wasserman feita por essa ocasião, foi negativa. Não apareceram sinais alguns de secundarismo. O doente passou bem durante bastante tempo, até que quatro anos

depois notou um tumor pequeno e indolor ao nível da região anal, que foi aumentando pouco a pouco, dando lugar mais tarde, no dizer do doente, a uma pequena espinha. Esta rebentou, passando a dar um corrimento esbranquiçado e a provocar uma dôr expontânea, sobretudo na marcha, que o levou a consultar-se. Reconhecida a existência dumã fístula, o médico resolve operá-lo, fazendo-lhe uma incisão e raspagem da fístula. Depois da operação continuou a sofrer dores e a produzir-se um corrimento de pus branco-amarelado, que não cedia, apesar dum tratamento consecutivo e cuidadoso. Intrigado por êste carácter rebelde da fístula, o médico procurou a reacção de Wasserman, que no Laboratório do Hospital Marítimo de Cherbourg, deu fortemente positiva.

Em vista dêste resultado, tomou então 4 injeções de 914, cujas conseqüências foram verdadeiramente maravilhosas. Vinte e quatro horas depois da primeira injeção (diz o doente) a ferida começou imediatamente a secar. Curou completamente e de tal maneira que nunca mais fez tratamento específico algum. Em Novembro do ano findo, após alguns dias de uso de leite com cacau, sobreveio-lhe uma diarreia abundante, obrigando-o a dejectar por frequentes e inúmeras vezes por dia. A administração de medicações anti-diarreicas em que entravam principalmente bismuto, beladona, bensonaftol e ópio, não conseguiram debelá-la nem atenuá-la. As falsas vontades chegavam a atingir números elevados, de 10 a 20 vezes por dia. Dores antes e depois das

dejecções precedidas de mal estar geral e acompanhadas de tenesmo. As fezes, umas vezes moles e acompanhadas de mucosidades, outras semi-líquidas com sangue vivo. O estado geral físico e moral profundamente atacados. O doente sentia-se desanimado, sem fôrças e aborrecido já da medicina e de tanto sofrimento. Isto persistiu durante muito tempo, até que em 27 de abril resolveu consultar o Snr. Dr. Albino dos Santos.

Apresentava-se o doente naquele estado como há pouco acabei de descrever. Palidez, emmagrecimento, astenia profunda. Estado moral abatido. Dôres expontâneas e provocadas à palpação do abdômen. Colons descendente e transversos retraídos, dolorosos à pressão, contendo fezes duras e arredondadas. Perda de apetite. Digestões difíceis. Não refere cefaleias nem ostealgias, nem queda de cabelo.

Aparelho cardíaco-vascular— Ruídos cardíacos normais, pulso regular com 72 pulsações.

Aparelho urinário— Uíνας claras e sem albumina.

Aparelho respiratório— Normal.

Sistema nervoso— Reflexos rotulianos vivos. Moral deprimido e uma leve neurastenia.

Ant. pessoais— Teve há 14 anos uma pneumonia acompanhada de febre tifoide; em rapaz uma blenorragia.

Ant. hereditários— Pais vivos e saudáveis. A mãe não teve abortos.

Diagnóstico e tratamento— A sintomatologia

permitia pensar na existência duma enteropatia, cuja etiologia nos era dada pela positividade da reacção de Wasserman. E assim iniciou-se o tratamento pelo cianeto de mercúrio. Á quarta injeção de cianeto, o doente sentia-se bem e a diarreia desapareceu como por encanto, passando a fazer duas e três dejecções por dia. Passou depois ao mutanol, que teve de interromper-se por não se sentir tão bem como com o cianeto. As dores desapareceram completamente. Ainda houve um comêço de nova crise, mas foi isto devido a uma extravagância culinária (lagosta, Champagne, etc.). Voltou por isso ao cianeto em dias alternados.

Resultado—Um mês depois do tratamento pelo cianeto, o doente pesava mais 2 quilos (pesava antes 67); o estado geral modificou-se extraordinariamente; as dores e escíbalas desapareceram; e as dejecções eram normais e em número de uma ou duas por dia. Donde se conclui que se tratava duma *enteropatia sífilítica*.

V

Doente—M. C., de 29 anos, solteira, doméstica. Deu entrada na Sala do Espírito Santo—serviço de 2.^a Clínica Médica, em 20 de Outubro de 1921.

Estado actual—Apresenta-se emmagrecida e apirética. Tegumentos descórados. Astenia muscular. Cefaleias frontais rebeldes durante o dia, acentuan-

do-se ainda mais para a tarde. Poliadenia generalizada. Estado moral deprimido, com irritação constante, tornando-se triste, aborrecida e impaciente. Ocasões há em que não fala a ninguém, e só com sofrimento suporta o interrogatório do clínico. Dores nos membros e tronco fugidias.

Aparelho digestivo—Língua levemente saburrosa. Apetite caprichoso, facilmente saciado aos primeiros alimentos. Digestões difíceis e prolongadas. Aborrecimento para determinados alimentos. Dejeções frequentes durante o dia e noite, por vezes contínuas e acompanhadas de tenesmo. Estas são muito pouco abundantes, reduzindo-se às vezes a mucosidades raiadas de sangue, diarreicas e precedidas de escíbalas de cheiro nauseabundo e repugnante. Dores à defecação e uma sensação de pêso pélvico constante. Colon íleo-pélvico palpável, duro, formando um cordão nodoso e doloroso à pressão.

Aparelho cárdio-vascular—Pulso pequeno, hipotenso e regular. Segundo ruído aórtico vibrante e batido assim como o 2.º mitral arrastado. $T'M=11$ e $T'm=6$.

Aparelho respiratório—Leve diminuição do murmúrio vesicular em ambos os vértices pulmonares.

Aparelho génito-urinário—A análise sumária da urina, não deu albumina, nem açúcar. Convém lembrar sobre êste ponto, um facto que se deu, para que não tenhamos de cair em erros desagradáveis.

Assim, o gráfico da curva da diurése acusava uma quantidade de urina bastante diminuída (500

a 700 cent. cub. por 24 horas); como se vê, era um débito muito inferior ao normal o que nos levava a pensar numa insuficiência renal; pois, pude verificar não ser verdadeiro, desde que a quantidade de urina perdida no momento das dejectões, foi aproveitada, reconhecendo-se imediatamente onde estava o êrro de observação.

Sistema nervoso—Tremulo palpebral e reflexos rotulianos exagerados e insónias tenazes.

História da doença—Há aproximadamente dois anos, ao sair dêste Hospital, onde esteve a tratar-se duma erisipela localizada à face, de que saiu curada, sobrevieram-lhe dores expontâneas nos intestinos, mas dias depois por tal forma se acentuaram, que foi forçada a recolher ao leito, onde permaneceu durante mèses sucessivos. Teve febre, muitas dejectões durante o dia e noite, por vezes contínuas. Dores expontâneas abdominais, localizadas mais para a fossa ilíaca esquerda. Fezes semi-líquidas, com mucosidades, sangue e mau cheiro. Êste estado foi-se prolongando com mais ou menos sofrimento, até que resolveu recolher a êste Hospital, em 30 de Setembro.

Ant. pessoais—Teve aos 10 anos o sarampo. Há 2 anos gripe (?) seguida de erisipela da face e abundante queda do cabelo. Três meses depois, erupção vermelha maculosa por todo o corpo, acompanhada de cefalalgias contínuas e inflamação da bôca e febre. Há anos que tem cefalalgias de exacerbação vespéral. Menstruada aos 15 anos e tem sido muito irregular. Leucorreia desde os 12 anos.

Há 9 anos, corrimento amarelo com inflamação e ardência ao urinar, que curou por irrigações vaginais de qualquer desinfectante. Tem uma filha de 16 anos, com dentes irregulares e que já teve uma lencorreia que durou um mês. Tem outra de 8 anos saudável. Facto importante: estas duas filhas foram do primeiro homem com quem viveu e de então para cá teve três abortos: um de quatro, outro de três e outro de dois meses.

Ant. hereditários—Pais vivos e saudáveis. Seis irmãos vivos e saudáveis e outro falecido de doença pulmonar.

Análise laboratorial—Wasserman no sangue —negativa.

Fezes—(Laboratório Nobre)—fibras musculares mal digeridas, vasos espiralados, numerosos cristais de fosfato amoníaco-magnésio. Prova de gorduras-negativa. Prova do hidrato de carbono-negativa.

Diagnóstico—Da história clínica da doente depreende-se que se trata duma enteropatia que pelo conjunto de sinais localizados à ansa sigmoide faz-nos imediatamente pensar numa recto-sigmoidite. A-pesar-da Wasserman ter sido negativa no sangue, a primeira hipótese que se nos apresenta ao espírito como única causa provável é a avariose. O cortejo sintomático que a doente nos apresenta, como seja: três abôrtos sucessivos desde que abandonou o primeiro homem, micropoliadenia, insónias, cefaleias, queda do cabelo, o carácter crónico da inflamação intestinal, as manchas róseas generali-

zadas, etc., etc., são sinais mais que suficientes para que um tratamento anti-sifilítico seja indicado.

Tratamento — Esteve nos primeiros tempos com regimen lacto-vegetariano; cacodilato de sódio; glicerofosfato de cal e clisteres do ictiol. Mais tarde iodêto de potássio em poção e injeções de benzoato de mercúrio.

Resultado — Com as primeiras injeções de mercúrio e iodêto provocou-se uma completa mudança do seu estado de saúde. As cefaleias desapareceram, o número de dejecções de 6 a 7, reduziram-se a uma normal e algumas vezes mesmo a nenhuma. As melhoras foram tão notáveis que mêses depois de sair do Hospital, passava eu pela doente não a conhecendo. Onde se conclui que devia tratar-se duma *recto-sigmoidite sífilítica*.

CONCLUSÕES PRÁTICAS

1.^a— As determinações da sífilis no intestino podem manifestar-se em todos os períodos mas com maior freqüência no terceiro.

2.^a— A sífilis hereditária pode observar-se no adulto, pagando-lhe a infância um pesado tributo.

3.^a— A sífilis intestinal não tem uma sintomatologia própria, nem localização definida; pode manifestar-se em qualquer ponto do intestino. E a noção que existe de que a sífilis é mais freqüente no intestino delgado, não se verifica em nenhum dos nossos casos.

4.^a— Em presença duma enteropatia de natureza desconhecida e rebelde à medicação sintomática, devemos pensar sempre na avariose.

5.^a—A negatividade da reacção B. Wasserman, mesmo depois da reactivação, não é elemento de valor nem suficiente para que ponhamos de lado a hipótese luética, e não façamos um tratamento de prova; porquanto casos há de cura notável, como aconteceu em dois dos nossos doentes (1.^o e 5.^o).

6.^a—A sífilis pode ser a causa muitas vezes duma apendícite e por isso deve-se investigar sempre se ela existe, porque com o tratamento anti-sifilítico pode acontecer evitar-se a operação.

7.^a—As diarreias terciárias são bastante sujeitas a recidivas.

8.^a—Todas as vezes que o doente acuse obstipação e dificuldades das dejecções convém proceder ao exame cuidadoso do recto e ânus.

VISTO

Tiago de Almeida

PRESIDENTE

PODE IMPRIMIR-SE

Alfredo de Magalhães

DIRECTOR

BIBLIOGRAFIA

Tiago de Almeida—Os tifosos em 1920-1921.
Bronardel et Gilbert—Traité de Médecine
et de la Thérapeutique—Maladies d'intestins par
L. Galliard.

Emile Sergent—Traité de Patologie Médicale
—Syphilis—Tome I a II.

Fournier—Traité de Syphilis—Tome I—Sy-
philis intestinal.

G. M. Debove—Ch. Achard—J. Castaigne
—Manuel des Maladies du tube digestif—II Volume
—Maladies de l'intestin par Maurice Loeper.

Gougerot—Le traitement—De la Syphilis en
Clientele.

Tiago de Almeida—Lições de Clínica Médica
—II volume.

Journal des Praticiens—16 de Dezembro de

1922—8 de Setembro de 1923—20 de Outubro
de 1923—1 de Dezembro de 1923.

Presse Medical—4 de Abril de 1923.

Paris Medical—7 de Abril de 1923.

ÍNDICE

	Págs.
Introdução	25
Sífilis hereditária	29
Sífilis adquirida	39
Observações	87
Conclusões práticas	III
Bibliografia	II3

ACABOU DE SE IMPRIMIR
NA EMPR. INDUSTRIAL GRÁFICA DO PÔRTO, L.DA,
RUA DOS MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178,
AOS 25 DE JUNHO DE 1924.