

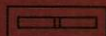
LUIZ JOSÉ MOREIRA

Tratamento da Sífilis

PELO

Tartro-bismutato de Potássio
e de Sódio

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA À FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO



203/8 FMP

PORTO
TIPOGRAFIA «PORTO MEDICO», L.^{da}
Praça da Batalha, 12-A
1928

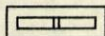
LUIZ JOSÉ MOREIRA

Tratamento da Sífilis

PELO

Tartro-bismutato de Potássio
e de Sódio

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA À FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO



PORTO
TIPOGRAFIA «PORTO MEDICO», L.^{da}
Praça da Batalha, 12-A
1923

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

DIRECTOR

Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior

SECRETÁRIO INTERINO

Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão

Professores ordinários

CADEIRAS

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Dr. Augusto H. de Almeida Brandão
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia Patológica	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene e Epidemiologia	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia Cirúrgica (Anatomia topográfica e Medicina operatória)	Vaga
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica e clínica de moléstias infecciosas	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral e Hidrologia médica	Dr. José Alfredo M. de Magalhães
Clínica obstétrica	Vaga
História de medicina e Deontologia	Vaga
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria e Psiquiatria forense	Dr. António de S. Magalhães Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett
Professor com licença ilimitada	Dr. José de Oliveira Lima

Professor jubilado

Padro Augusto Dias

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

A Faculdade não responde pelas doutrinas
expendidas na dissertação.

(Artigo 15.º § 2.º do Regulamento Privativo
da Faculdade de Medicina do Porto
de 3 janeiro de 1920).

A meus pais

Se alguém vos disser que há
impossíveis, podeis des-
menti-lo, porque eu sou
médico.

A meu irmão

Embora tarde, permita Deus
que possa Imitar-te.

A minhas irmãs

Por todos os sacrifícios feitos.

A minha irmã Maria Rosa

Se consegui sêr alguém, a ti
o devo.

A minha irmã Isa

... e tu bem sabes porquê ...

A meus tios de Figueira

Agradecido por tudo.

A MEU PRIMO

AMANCIO GAMA

e Ex.^{ma} Família

Por tudo o que lhe dêvo.

A' EX.^{MA} SNR.^A

D. Constança Duarte Barbosa Leão

e seu marido

José Barbosa Leão

Que o 3 de dezembro se
repita por muitos anos.

M...

*... Si vous n'avez rien à donner
donnez-vous, vous même...*

AO EX.^{MO} SNR.

DR. LUIZ VIEGAS

MEU PRESIDENTE DE TÉSE

Introdução

Obrigado por lei a, depois de terminado o meu curso, fazer qualquer trabalho, a que a mesma lei chama «Tese», e sem o qual não posso obter a minha carta de formatura, resolvi intitular o meu trabalho—«Tratamento da sífilis pelo Tartro-bismutato de Potássio e de Sódio».

Por alguns casos tratados por êste medicamento, vejo que é mais uma arma e poderosa para combater uma doença que tantos estragos causa à sociedade.

As conclusões a que chego não se afastam muito das apresentadas pelos auctores.

Na primeira parte da tese descrevo a acção do «Trépol» sôbre os diferentes períodos da evolução sífilítica, segundo as opiniões dos auctores; os accidentes e inconvenientes; a sua eliminação.

Na segunda, farei algumas considerações

Introdução

sobre o medicamento, doses, precauções a tomar e técnica das injeções.

Na terceira, apresentarei alguns casos clínicos que segui, e as conclusões a que cheguei.

Para terminar, peço toda a benevolência ao juri que há-de avaliar êste modestíssimo trabalho.

O AUCTOR.

PRIMEIRA PARTE

I

Os sais de bismuto

Embora os sais de bismuto tenham sido empregados na terapêutica de lesões sifilíticas, só há pouco tempo foram considerados como esterilisantes da infecção provocada pelo treponema de Schaudinn.

Já Babier em 1890, presentindo o poder específico dos sais de bismuto, estudava minuciosamente as lesões que eles provocavam quando ministrados em injeções.

Em 1914, Santon publicava os resultados das suas experiências sobre o poder antiséptico destes compostos, e em 1916, colaborando com Robert, estudava a sua acção sobre as espiroquetoses das galinhas e colhia bons resultados no tratamento profilático e curativo de tripanosomíases nas cobaias.

Estes estudos fôram o ponto de partida para os recentes ensaios de tratamento da sífilis por estes sais.

Em 30 de Maio de 1921, Sazerac e Levaditi, na sua primeira comunicação à Academia das Ciências de Paris, relatam os brilhantes resultados obtidos com o emprêgo do tartrobismutato de potássio e de sódio sôbre várias raças de espiroquetas; um vírus dermatropo proveniente de um caso de sífilis humana primária o qual teve várias passagens pelo coelho; um vírus neurotropo de paralítico geral, sustentado no coelho cêrca de dois anos, e um vírus da espirilose expontânea do coelho.

O coelho portador do vírus dermatropo e que apresentava nódulos sifilíticos no escroto, recebeu um decigrama daquele sal por quilograma de pêso. A lesão estava curada ao quarto dia e o treponêma tinha desaparecido desde o primeiro dia.

O coelho portador do vírus neurotropo, apresentava uma lesão sifilítica no prepúcio, muito rica em espiroquetas; ao segundo dia estava curada e durante quatro mezes não recidivou.

Em Agosto de 1921, na segunda comunicação feita à mesma Academia, já estes sábios

apresentavam o resultado de cinco observações de sífilis humana, tratados pelo tartrobismutato de potássio e de sódio, em suspensão oleosa e por via intra-muscular.

Os resultados obtidos por êste tratamento, passo a descrevê-los, muito resumidamente:

1.^a OBSERVAÇÃO.—Um caso de sífilis primária, cancro do sulco bálano-prepucial, de 12 dias, com adenopatia. Este doente recebeu nove injeções, com intervalos variando entre 3 a 6 dias, recebendo na totalidade 1^{gr},11 de sal de bismuto.

Resultados: Desaparecimento dos treponêmas ao terceiro dia de tratamento; a intoxicação do cancro ao quinto; ausência de manifestações secundárias e reacção negativa após um mês de tratamento.

Ligeira estomatite fuso-espiralar localizada ao ultimo molar, que curou com a aplicação de azul de metilena.

2.^a OBSERVAÇÃO.—Sífilis secundária, cancro de prepúcio, adenopatia ingüinal, placas mucosas amigdalinas, treponêmas numerosos no acidente primário e recebeu 10 injeções, num total de 1^{gr},40 de sal.

Resultados: Desaparecimento dos treponêmas ao quinto dia após a 2.^a injeção, cicatrização do cancro e das placas mucosas ao sétimo dia, as adenopatias atenuam-se e quasi desaparecem.

Reacção de Wassermann positiva ao fim de cinco semanas de tratamento.

Orla gengival análoga à provocada pelo saturnismo.

3.^a OBSERVAÇÃO.—Sífilis secundária, cancro sub-prepucial, com bálano postite e fimose, sifilides papulosas da testa, numerosos espiroquetas nas lesões secundárias, adenopatia.

O doente recebeu oito injeções num total de 1 grama de sal.

Resultados: Desaparecimento dos treponêmas das pápulas ao 3.^o dia após a primeira injeção; manifestações secundárias e cancro curadas ao fim de 7 dias, tendo-se tornado reductível a fimose ao 3.^o dia.

Reacção de Wassermann positiva ao fim de um mez de tratamento.

4.^a OBSERVAÇÃO. — Sífilis terciária, com dois anos passados sobre o acidente primitivo, apresentando gôma ulcerada do joelho,

e gômas múltiplas não ulceradas da perna direita, que duravam há três mezes. Recebeu 1^{gr},50 de sal, em seis injeções.

Resultados: Cura completa das gomas não ulceradas, ao décimo dia; e diminuição da gôma ulcerada, a qual ficou quasi cicatrizada.

Desde Julho a Outubro de 1922, L. Fournier e Guénot trataram cerca de 150 sifilíticos em diversos períodos da evolução sifilítica, e pelos resultados obtidos chegaram às conclusões seguintes, que resumimos.

ACÇÃO SÔBRE O CANCRO

O treponêma desaparece da superfície do cancro desde o dia imediato à primeira injeção, às vezes só à segunda ou terceira. A cicatrização pode fazer-se em seis ou sete dias para os pequenos cancros erosivos, em quinze a vinte dias para os cancros maiores, e em vinte a trinta dias para os cancros gigantes e ulcerados.

Nestes ultimos casos, o cancro perde rapidamente as suas características e toma o aspecto de uma ferida banal, que leva tanto mais

tempo a cicatrizar quanto maior fôr a sua extensão.

Atenuação mais ou menos acentuada da adenopatia, bem como do endurecimento.

Citam o caso duma adenite cervical consecutiva a um cancro amigdalino do volume duma tangerina, que desapareceu ao fim de 25 dias; ao fim de 45 dias é raro que exista qualquer vestígio de adenopatia. Desaparecimento dos treponêmas nos gânglios sífilíticos nos casos em que se faz a sua investigação.

ACÇÃO SÔBRE A SÍFILIS SECUNDÁRIA

Desaparecimento dos treponêmas das placas mucosas, após a 1.^a ou 2.^a injeccção. Deseccamento e cicatrização rápida das lesões erosivas. Desaparecimento um pouco mais lento das lesões papulosas e das placas hipertróficas.

Estas secam em 10 a 25 dias, conforme os tecidos de neo-formação.

Os fenómenos gerais, como cefaleias, cansaço, dôres ósseas, desaparecem às primeiras injeções. Quanto à roséola, se o tratamento coincidiu com o seu início, há uma suspensão na sua marcha após uma recrudescência de

24 horas, verdadeira reação de Herxheimer, reação que se manifesta também ao nível das sífilides papulosas. A roséola apaga-se em cinco a dez dias.

Em alguns doentes em que a sífilis resistiu a todo o tratamento, tendo um de entre eles feito, em quatro anos, centenas de injeções mercuriais e arsenicais, houve desaparecimento de todas as lesões depois de quatro injeções de tartro-bismutato de potássio e de sódio.

Durante três meses, nenhum acidente reapareceu, o que não acontecia com os outros tratamentos.

Sífilides palmares rebeldes ao tratamento específico, desapareceram ao fim de poucas injeções.

Num caso de meningite sífilítica aguda, com cefaleia, rigidez da nuca, sinal de Kernig, etc., todos estes sintomas desapareceram após a quarta injeção.

ACÇÃO SÔBRE OS ACIDENTES TERCIÁRIOS

Mostrou-se notável num caso de vastos placards cutâneos ulcerados papulosos, pustulosos, crostosos, ocupando $\frac{2}{3}$ do dorso, com-

pletamente cicatrizados ao décimo segundo dia. Cicatrização rápida de gômas ulceradas das pernas (30 a 40 dias).

ACÇÃO SÔBRE A REACÇÃO DE BORDET - WASSERMANN

Após a primeira série de injeccões de bismuto, a reacção de fixação atenua-se consideravelmente, tendo em alguns casos apresentado prèviamente uma acentuação.

Em vinte casos tratados e que poderam ser regularmente seguidos, em 6 a reacção tornou-se totalmente negativa e nos restantes muito atenuada.

É raro que a reacção se torne negativa desde a 1.^a série de injeccões; quási sempre se atenua lentamente para se tornar negativa a partir do 3.^o ou 4.^o mês.

II

Acidentes e inconvenientes

Em milhares de injeccões já dadas, os auctores não assinalam nenhum acidente realmente importante.

Dizem, contudo, que é preciso ter prudência com os doentes atingidos de lesões viscerais graves, principalmente nos insuficientes renais.

A não ser uma ligeira elevação térmica produzida quasi sempre no dia seguinte ao da injeção, acompanhada duma certa prostração e fadiga, não ha reacção geral a registrar.

O acidente mais freqüente é a estomatite, ordinariamente ligeira, como orla gengival comparável à orla saturnina, e com grandes analogias com a estomatite mercurial.

O exame bacteriológico mostra tratar-se freqüentemente duma associação fusos-espiralar.

Acêrca desta estomatite Milian diz: A estomatite bismútica, agora na ordem do dia depois da descoberta do Trépol, já era conhecida há muito tempo, pois em 1882 cita-se a orla gengival bismútica, a pigmentação e tumefacção das gengivas subseqüentes aos pensos bismutados de feridas extensas.

Autores vários a descreveram, sobretudo Balzer em 1889.

Sob o ponto de vista clínico esta impregnação bismútica pode dar logar a duas ordens de fenómenos: a pigmentações (orla e manchas pigmentares) e as lesões inflamatórias (gengivite e estomatite ulcerosa).

Duas causas intervem principalmente na sua gênese: a dose e o estado anterior da bôca e dos dentes, sendo esta a mais importante.

Os auctores, tendo seguido estes accidentes em 50 doentes injectados, julgam poder afirmar clinicamente, que as manifestações aparecem seguindo uma certa ordem.

Num primeiro estado aparecem as pigmentações cuja localização mais freqüente é no bôrdo livre das gengivas, dando a orla bismútica, mas podendo também dar pigmentações circunscritas aos gânglios, lábios, face interna das bochechas, língua, abobada palatina e amígdalas. Num segundo estado aparecem as lesões inflamatórias, constituidas pela gengivite e ulcerações circunscritas. Em alguns casos mais raros pode surgir uma gengivite generalizada ou difusa, algum tanto mais grave.

Parece que estas infiltrações bismúticas ao nível da mucosa bucal estão na dependência das injeções, pois não se tem encontrado quando o bismuto é administrado por via digestiva.

Esta impregnação, com seus subseqüentes fenómenos que lembram a estomatite mercurial, deve ter uma patogenia semelhante a esta.

De facto, devemos invocar para a sua produção, a infecção, sobretudo fuso-espiralar, provocada pelo medicamento.

Também, por vezes, se observa uma ligeira poliúria sempre de certa duração.

De quando em quando aparece albuminúria pouco acentuada no dia que segue à injeção.

Alguns autores dizem ter observado uma albuminúria maciça, mas pouco duradoira e sem cilindrúria. A taxa de ureia apresentara-se normal e não se observaram perturbações gástricas. Alguns doentes emmagrecem, como acontece com o mercúrio, mas depois recuperam o seu peso.

Não se encontram perturbações oculares. As injeções em certos doentes são dolorosas e acompanhadas de reacção intensa, como rubôr e tumefacção.

III

Eliminação do bismuto

O rim é o grande emontório de eliminação, mas encontra-se o bismuto na saliva, na bília, no suor e nas matérias fecais. A eli-

minação urinária principia 18 a 20 horas depois da injeção e prolonga-se durante uns 20 a 30 dias em seguida a um tratamento médio de 2 a 2^{gr},50. O bismuto também foi encontrado no sangue e no líquido céfalo-raquídeo.

SEGUNDA PARTE

I

Considerações gerais à cerca do medicamento

O tartro-bismutato de potássio e de sódio ou "Trépol," é um composto tendo como base o bismuto activo e empregado em suspensão oleosa.

As primeiras injeções dadas com soluções aquosas, eram muito dolorosas e por essa razão, Fournier e Guénot substituíram-nas pelas suspensões oleosas muito mais toleráveis.

Como é um producto inalterável, o seu emprêgo não apresenta o menor perigo de intoxicação — attribuível a uma modificação qualquer na sua composição química.

O "Trépol," é vendido em empolas esterilizadas a 120 graus, contendo, por centímetro

cúbico, dez centigramas ($0^{\text{gr}},10$) de substância activa em suspensão no azeite purificado.

Cada empola contém dois centímetros cúbicos, dose considerada necessária para que o médico opere com facilidade.

II

Doses

A princípio tentaram empregar o bismuto em doses crescentes, mas depressa renunciaram a esta maneira de administração, por serem maiores os riscos de acidentes — estomatite nas doses de quarenta centigramas ($0^{\text{gr}},40$).

Portanto, só excepcionalmente se deverá ultrapassar a dose de trinta centigramas ($0^{\text{gr}},30$) numa só injeção, e esta será reduzida a vinte centigramas ($0^{\text{gr}},20$), e mesmo a dez ($0^{\text{gr}},10$) nos doentes debilitados e que teem má dentição.

Não é possível fixar duma maneira definitiva a posologia do bismuto como agente específico. Comtudo, nos casos de injeção recente, com manifestações, podemos administrar numa série cêrca de três grammas num mês, ou seja uma média diária de dez centigramas, o que praticamente se realiza dando

vinte centigramas ($0^{\text{gr}},20$) de dois em dois dias (2 c.c.), ou trinta ($0^{\text{gr}},30$) de três em três dias (3 c.c.) segundo a tolerância do doente.

Se a reacção de Bordet-Wassermann se conserva positiva no fim da série, continua-se a injectar uma vez por semana $0^{\text{gr}},20$ a $0^{\text{gr}},30$ (2 c.c. a 3 c.c.) até que a reacção se torne negativa.

Nos casos de infecção antiga sem accidentes actuais, mas com reacção de Bordet-Wassermann positiva, administra-se, segundo a sensibilidade do indivíduo, uma série de dez injectões de $0^{\text{gr}},20$ a $0^{\text{gr}},30$ (2 c.c. a 3 c.c.).

A injectão deve ser dada de quatro em quatro dias.

III

Higiene da boca

É necessário recomendar ao doente uma boa higiene. Aconselhar-se há a limpeza dos dentes com escova e pó, tendo por base o perborato de sódio (20 %).

Lavagens da boca com soluto de clorato de potássio a 4 % ou com água oxigenada na dose de uma colher de sopa para um decilitro de borato de sódio.

IV

**Precauções a tomar antes
do tratamento**

São poucas as precauções a tomar visto que a medicação é bem tolerada.

No caso de se tratar de indivíduos com má dentição é necessário ter muito cuidado, e se aparecer a estomatite, que é análoga à provocada pelo mercúrio, recorrer às aplicações do azul de metilêna ou de pó de "Trépol," sôbre as placas da estomatite.

Vigiar o funcionamento dos rins durante todo o tratamento, e, se surgir albuminúria, suspendê-lo durante cinco ou seis dias, e recomendar ao doente o regimen lácteo.

Uma vez desaparecida a albuminúria, recomençar o tratamento com doses pequenas, aumentadas progressivamente até uma dose incapaz de provocar aquela complicação.

Técnica das injeções

Para administrar o "Trépol," usa-se a via intra-muscular.

Esterilisa-se uma agulha própria para estas injeções (5 cm. de comprimento) e uma seringa de Luer, cuja capacidade seja igual a 5 c.c.

Agita-se bem a empola afim de tornar homogéneo o seu conteúdo, e, sendo necessário, aquece-se a banho maria.

Um as pequenas esferas de vidro que se vêm com facilidade devido à sua coloração, facilitam a emulsão.

A região escolhida para a injeção é a nadegueira; deve-se fugir ao trajecto do grande nervo sciático afim de evitar o aparecimento de sciáticas graves com monoplegias. Há diferentes pontos de eleição onde se podem dar estas injeções.

Alterna-se a nádega esquerda e nádega direita, e procuram-se os pontos onde não existam nodosidades.

Antisepsisa-se o ponto escolhido (tintura de iodo, por exemplo), e mergulha-se a agulha até à profundidade desejada.

Esperam-se alguns segundos afim de nos assegurarmos de que não lesamos qualquer nervo; observa-se também o pavilhão da agulha para vêr se sai sangue, o que indica ter caído dentro dum vaso.

Só depois de nos termos certificado que nenhum dêstes accidentes teve lugar, é que se adapta a seringa carregada e se injecta lentamente o conteúdo.

Retira-se com rapidês a agulha e toca-se de novo com um pouco de tintura.

Aconselha-se o doente a descansar cêra de uma hora após a injeccão, para evitar a diffusão rápida de medicamento na massa muscular.

Os doentes apresentados foram observados na clínica de Sifiligrafia do Hospital da Universidade, da Faculdade de Medicina de Coimbra, quando lá frequentei o v ano de medicina.

TERCEIRA PARTE

Observação I

Acidente primário há seis meses. Roséola. Ulceração no bôrdo interno duma das cordas vocais.

Desaparecimento destas manifestações ao fim de cinco injeções de «Trépol» num total de 1gr,20.

A. P., 31 anos, viuvo.

Êste doente apresentava um cancro duro do pénis, junto ao freio, há seis meses. Roséola generalizada.

Até à data, o tratamento feito tinha consistido em 27 injeções de benzoato de mercúrio. Sentia dôres ósseas e enrouquecimento há três meses. O exame laringoscópico revelou duas ulcerações no bôrdo interno de uma das cordas vocais.

Reacção de Wassermann positiva.

TRATAMENTO GERAL

1. ^a injeção	0gr,30	3 c.c.
2. ^a »	0gr,30	3 c.c.
3. ^a »	0gr,20	2 c.c.
4. ^a »	0gr,20	2 c.c.
5. ^a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões: — Desaparecimento das manifestações ao fim da 5.ª injeção.

Acidentes e complicações: — Nulos.

Observação II

Cancro há 7 anos. Gôma ulcerada da retrofaringe, e gômas do braço esquerdo há nove mezes. Gôma do vomer com hidrorreia. Cura de todos os acidentes ao fim de cinco injeções num total de 1gr,20.

V. C., 25 anos, solteiro.

Êste doente teve o cancro duro em Dezembro de 1915 acompanhado de blenorragia, adenites indolores sem supuração.

Fez tratamento arseno-mercurial, mas depois abandonou-o durante uns 18 mezes.

A seguir voltou a receber injeções de cianeto de mercúrio, e algumas de neosalvarsan.

Em 1920 teve adenites supuradas.

Em Março de 1921 acusou fenómenos gerais muito intensos; gôma ulcerada na retrofaringe e no braço esquerdo. Febre elevada.

Durante o ano levou 20 injeções de 914, e tomou fricções mercuriais.

Apesar dêste tratamento apresentou ultimamente uma gôma do vomer e uma hidrorreia que o levava a usar cêrca de 20 lenços por dia.

Recusa tratar-se pelo 914 e pelo mercúrio, que, segundo diz, dá logar a fenomenos diarreicos muito incómodos.

Ê tratado pelo «Trépol».

TRATAMENTO GERAL

1.a injeção	0gr,30	3 c.c.
2.a »	0gr,30	3 c.c.
3.a »	0gr,20	2 c.c.
4.a »	0gr,20	2 c.c.
5.a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões:— Cicatrização rápida de todos os acidentes ao fim da quinta injeção. Aumento considerável de pêso.

Acidentes e complicações:— Ligeiras dôres no local das injeções e estomatite com orla gengival bismútica.

Observação III

Sífilis terciária. Gôma ulcerada da abóbada palatina. Cicatrização obtida ao fim de três injeções num total de 0gr,80.

Êste doente diz ter tido cancrios moles há 40 anos. Há cêrca de três mezes descobriu-se a existência duma gôma na abóbada palatina, do tamanho de uma ervilha. Aconselharam-lhe o tratamento específico, mas não quiz fazê-lo. Há poucos dias apareceu-lhe outra gôma ulcerada na linha média e tendo um orifício que faz comunicar a cavidade bucal com o cavum do nariz.

Reacção de Wassermann negativa.

TRATAMENTO GERAL

1. ^a injeção	0gr,30	3 c.c.
2. ^a »	0gr,30	3 c.c.
3. ^a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões: — As gômas desapareceram e o orifício encontra-se obliterado por tecido cicatricial.

Continua em tratamento.

Acidentes e complicações: — Estomatite um pouco intensa após a 2.^a injeção.

Observação IV

Cancro sub-prepucial com fimose. Redução da fimose à terceira injeção e cicatrização do cancro à sexta.

H. D. 35 anos, solteiro.

Em fins de Novembro de 1921, passados quinze dias após o coito suspeito, apareceu-lhe uma pequena ulceração no prepúcio que, apesar do tratamento local, foi aumentando de volume, com empastamento e engrossamento do prepúcio.

Alarmado com êste facto veio à consulta apresentando na região inferior do pénis e no prepúcio um grande aumento de volume com rubôr intenso, e, à palpação sentia-se um notável endurecimento, absolutamente característico do cancro duro.

Devido à grande infiltração e fimose, não foi possível pôr a descoberto a úlcera infectante.

É feito o diagnóstico clínico do cancro duro.

TRATAMENTO GERAL

1. ^a injeção	0gr,30	3 c.c.
2. ^a »	0gr,30	3 c.c.
3. ^a »	0gr,30	3 c.c.
4. ^a »	0gr,20	2 c.c.
5. ^a »	0gr,20	2 c.c.
6. ^a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões: — Á segunda injeção o edema diminuiu consideravelmente. Á terceira desapareceu e reduziu-se a fimose. Á quinta obteve-se a cicatrização do cancro.

Reacção de Wassermann positiva.

Acidentes e complicações: — Dôres no local das injeções. Febre a 39,5 no dia seguinte à primeira injeção; a 38° após a segunda e 37,2 após a terceira.

Observação V

Ulcerações extensas dos membros superiores e inferiores. Cicatrização completa ao fim de seis injeções num total de 1gr,50 de sal.

M. M., 11 anos.

Entrou para esta clínica com ulcerações extensas nos membros superiores e inferiores. Não havia

vestígios de lesão inicial e a reacção de Wassermann positiva forte, denotava uma sífilis em plena evolução e bastante destruidora.

TRATAMENTO GERAL

1. ^a injeccção	0gr,30	3 c.c.
2. ^a »	0gr,30	3 c.c.
3. ^a »	0gr,30	3 c.c.
4. ^a »	0gr,20	3 c.c.
5. ^a »	0gr,20	2 c.c.
6. ^a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões:— Cicatrisação de todas as ulcerações após a segunda injeccção, excepto uma do cotovêlo esquerdo que só cicatrisou à sexta.

Acidentes e complicações:— Quinze dias depois da última injeccção appareceu-lhe na região poplitea esquerda um empastamento com reacção febril, rubôr e dôr.

Aplicaram-se emolientes e pomada mercurial e formou-se um abcesso que foi aberto, saindo um líquido levemente purulento, hemorrágico e aséptico. Cicatrisou ao fim de oito dias, mediante a applicação de pensos asépticos e lavagens com o soluto de Dakin.

Reacção de Wassermann continua sendo positiva.

Observação VI

Cancro do ânus. Erupção roséolo-papulosa.
Desaparecimento destes acidentes ao fim de cinco
injecções num total de 1gr,20.

J. A. F., 16 anos, africano.

Há cêrca de quatro mezes notou que no lado esquerdo do orifício anal existia uma saliência do tamanho duma avelã. A princípio era dura, mas, com lavagens de permanganato de potássio tornou-se um pouco mole.

Observado, apresenta, à entrada do orifício anal, uma ulceração indolor, linear, com 2 cm. de comprimento, e com bordos talhados a pique e encostados. Descolando os lábios vê-se o fundo avermelhado e, palpando-se, nota-se uma certa durêza.

A ulceração é limitada por um bordelete endurecido.

Ha adenopatia dos gânglios inguinais e crurais, indolor e não tendendo para a supuração. Erupção roséolo-papulosa generalizada, mas tendo o máximo de intensidade ao nível das regiões popliteas, das flexuras e face ântero-interna das coxas.

Reacção de Wassermann positiva forte.

Não ha albuminúria.

TRATAMENTO GERAL

1. ^a injeção	0gr,30	3 c.c.
2. ^a »	0gr,30	3 c.c.
3. ^a »	0gr,20	2 c.c.
4. ^a »	0gr,20	2 c.c.
5. ^a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões:— Após a segunda injeção os fenómenos gerais desapareceram.

A erupção roséolo-papulosa secou depois da quarta e o cancro cicatrizou depois da quinta.

Acidentes e complicações:— Dôres no local das picadas.

Estomatite e orla gengival.

Ligeira albuminúria.

A reacção de Wassermann continua sendo positiva.

Observação VII

Cancro há quatro mezes. Placas mucosas pápulo-hipertróficas no escroto. Edêma do pênis com fimose.

Desaparecimento destes accidentes ao fim de sete injeções, num total de 1gr,70.

G. O., 34 anos, casado.

Diz que, cêrca de quinze dias depois de um coito suspeito, apareceu-lhe uma pequena erosão no pênis, junto ao freio, dura, e aumentando cada vez mais.

Queimou-a com nitrato de prata, e passados uns trinta dias surgiu-lhe um enorme edêma do pênis e escroto.

Agora apresenta edêma do pênis e infiltração dura do escroto com bastantes placas hipertróficas, principalmente na parte anterior.

Foram-lhe dadas dez injeções de cianeto de mercúrio e as quatro primeiras doses de neosalvarsan. Após a primeira injeção deste sal, teve erupção roseólica generalizada. Estas manifestações desapareceram ao fim daquele tratamento, mas o edêma persistiu.

Recorreu-se ao «Trépol».

Reacção de Wassermann positiva.

Não tinha albuminúria.

TRATAMENTO GERAL

1.a injeção	0gr,30	3 c.c.
2.a »	0gr,30	3 c.c.
3.a »	0gr,30	3 c.c.
4.a »	0gr,20	2 c.c.
5.a »	0gr,20	2 c.c.
6.a »	0gr,20	2 c.c.
7.a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões: — Á quarta injeção o edêma diminuiu consideravelmente. Desapareceu à sexta.

Acidentes e complicações: — Dôres no local das injeções. Ligeira estomatite com orla gengival.

Reacção de Wassermann negativa.

Observação VIII

Placas mucosas nos pilares e úvula. Inúmeras placas hipertróficas no ânus. Adenopatia. Todas estas manifestações desapareceram ao fim de sete injeções num total de 1gr,70.

M. P., 18 anos, solteiro, trabalhador.

Há três mezes apareceu-lhe na glândula uma erosão arredondada, vermelha, indolor, que se tornou dura e aumentou.

Decorridos dois meses notou a existência de saliências em redor do ânus e na glândula.

Apresenta uma placa hipertrófica na glândula e um grande numero delas em tórno do orifício anal; placas mucosas na úvula e nos pilares, principalmente no esquerdo.

Reacção de Wassermann positiva. Não tem albuminúria.

TRATAMENTO GERAL

1. ^a injeção	0gr,30	3 c.c.
2. ^a »	0gr,30	3 c.c.
3. ^a »	0gr,30	3 c.c.
4. ^a »	0gr,20	2 c.c.
5. ^a »	0gr,20	2 c.c.
6. ^a »	0gr,20	2 c.c.
7. ^a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões:—Desaparecimento das placas mucosas à terceira injeção; da adenopatia à sexta e das placas hipertróficas à sétima.

Acidentes e complicações:— Ligeiras dôres locais.
Prostração.

A reacção de Wassermann continua positiva.

Observação IX

Placas mucosas nos pilares e amígdalas. Ligeira erupção roseólica. Placas mucosas pápulo-hipertróficas nos grandes e pequenos lábios. Adenopatia. Desaparecimento de todas estas manifestações ao fim de sete injeções num total de 1gr,70.

A. D., 19 anos, solteira.

Diz que há cêrca de dois mezes teve uma blenorragia de que se tratou.

Há quinze dias apareceu-lhe um grande número de placas hipertróficas nos grandes e pequenos lábios e placas mucosas nos pilares e amígdalas. Erupção roséolica nos braços e pernas, principalmente ao nível das flexuras. Adenopatia. Reacção de Wassermann positiva forte.

Não tinha albuminúria.

TRATAMENTO GERAL

1.a injeção	0gr,30	3 c.c.
2.a »	0gr,30	3 c.c.
3.a »	0gr,30	3 c.c.
4.a »	0gr,20	2 c.c.
5.a »	0gr,20	2 c.c.
6.a »	0gr,20	2 c.c.
7.a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões: — Desaparecimento das placas mucosas e da roséola à terceira injeccão; da adenopatia à quinta e das placas hipertróficas à sexta.

Acidentes e complicações: — Prostração depois das injeccões. Dôres locais. Ligeira estomatite com orla gengival.

A reacção de Wassermann continua positiva.

Observação X

Cancro do sulco bálano-prepucial. Erupção roséolo-papulosa. Adenopatia. Desaparecimento destas manifestações ao fim de nove injeccões num total de 2gr,10.

M. S., 39, casado.

Há três mezes teve relações sexuais e passados vinte dias apareceu-lhe, no sulco bálano-prepucial, uma lesão erosiva, indolor e arredondada.

Decorrido um mez surgiu-lhe uma erupção roséolo-papulosa generalizada e intensa. Tinha violentas cefaleias, dôres ósseas, esplenomegalia e adenopatia. Reacção de Wassermann positiva forte. Não tinha albuminúria.

TRATAMENTO GERAL

1. ^a injeção	0gr,30	3 c.c.
2. ^a »	0gr,30	3 c.c.
3. ^a »	0gr,30	3 c.c.
4. ^a »	0gr,20	2 c.c.
5. ^a »	0gr,20	2 c.c.
6. ^a »	0gr,20	2 c.c.
7. ^a »	0gr,20	2 c.c.
8. ^a »	0gr,20	2 c.c.
9. ^a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões:— Cicatrização do cancro e atenuação da adenopatia à sexta injeção; a erupção roséolo-papulosa secou à oitava. A cefaleia e dôres ósseas desapareceram ao quinto dia.

Acidentes e complicações:— Dôres no local das picadas. A reacção de Wassermann continua positiva.

Observação XI

Roséola. Placas mucosas nos pilares, amígdalas e úvula. Placas hipertróficas nos grandes e pequenos lábios. Cicatrização destas manifestações ao fim de seis injeções num total de 1gr,50.

M. A., 20 anos, solteira.

Esta doente teve o cancro duro há cerca de trinta dias. Apresenta-se com roséola, acentuada no tronco e nos membros inferiores; placas mucosas erosivas nos pilares, amígdalas e úvula, e inúmeras

placas mucosas pápulo-hipertróficas nos grandes e pequenos lábios, arredondadas, pouco salientes, e de dimensões que oscilavam entre 1 a 2 cm. Micro-poliadenia.

TRATAMENTO GERAL

1.a injeção	0gr,30	3 c.c.
2.a »	0gr,30	3 c.c.
3.a »	0gr,30	3 c.c.
4.a »	0gr,20	2 c.c.
5.a »	0gr,20	2 c.c.
6.a »	0gr,20	2 c.c.

Evolução das lesões:— A roséola e as placas mucosas desapareceram à terceira injeção; a adenopatia e as placas hipertróficas à sexta.

Acidentes e complicações:— A não ser uma ligeira prostração e dôres no local da injeção, nada mais observei de importância.

A reacção de Wassermann continua positiva.

Observação XII

Sifilis secundária recidivante. Sifilides pápulo-escamosas e pápulo-crostosas. Placas mucosas hipertróficas da vulva.

Ulceração vulvar rebelde ao tratamento mercuro-arsenical. Melhoras notáveis ao fim de seis injeções.

M. P., 24 anos, meretriz.

Há um ano teve manchas por todo o corpo, diz. Presentemente mostra placas hipertróficas da

vulva, fortemente salientes e arredondadas, de 1 a 2 cm. de dimensão. Sifilides pápulo-escamosas e pápulo-crostosas mais acentuadas nos membros inferiores. Ulceração ocupando a fossêta navicular, forquilha vulvar e parte do períneo. Obteve algumas melhoras com o tratamento arseno-mercurial, mas a ulceração não cicatrizou.

Por isso, resolveu-se recorrer ao «Trépol».

Reacção de Wassermann positiva forte. A análise das urinas não acusou albumina.

TRATAMENTO GERAL

1. ^a injeccção	0 ^{gr} ,30	3 c.c.
2. ^a »	0 ^{gr} ,30	3 c.c.
3. ^a »	0 ^{gr} ,30	3 c.c.
4. ^a »	0 ^{gr} ,20	2 c.c.
5. ^a »	0 ^{gr} ,20	2 c.c.
6. ^a »	0 ^{gr} ,20	2 c.c.

Evolução das lesões: — As sifilides pápulo-crostosas e pápulo-escamosas secaram completamente à 5.^a injeccção e a úlcera diminuiu consideravelmente, tendendo a cicatrizar.

Acidentes e complicações: — Dôres locais.

NOTA — Esta doente continuou em tratamento.

CONCLUSÕES

1.^a—As injeções de tartro-bismutato de potássio e de sódio, sendo dadas na dose aconselhada, parecem ser perfeitamente toleradas pelo organismo, pois nenhum acidente de grande importância, quer local, quer geral, as vi provocar.

2.^a—Em certos casos aparece a estomatite e orla gengival, mas pouco intensa e que podemos facilmente evitar com uma boa higiene da boca. As dôres são suportáveis e o abcesso que se formou no doente da observação v, pode, talvez, atribuir-se à elevada acidez do azeite empregado na preparação das empolas.

3.^a—A acção dêste sal é notável como cicatrizante de lesões sifilíticas, seja qual fôr o período da sua evolução, e mais enérgica e rápida do que a do neosalvarsam.

4.^a—Pela rapidez com que actua sôbre as manifestações sifilíticas, principalmente sôbre as secundárias, êste medicamento atinge um

alto valor sob o ponto de vista da profilaxia social.

5.^a — Nos casos em que o tratamento mercuro-arsenical se mostrou pouco activo (Observações II, VII e XII), a do "Trépol," foi brilhante, ficando os doentes com as suas lesões cicatrizadas ao fim de pouco tempo.

6.^a — Quanto à sua acção sôbre a reacção de Wassermann, não posso emitir uma opinião segura.

A do doente da observação VII, tornou-se negativa, mas como já tinha feito o tratamento mixto mercuro-arsenical, não posso attribuir ao "Trépol," essa transformação.

Nas outras observações conservou-se positiva, o que não admira porque o tratamento foi curto.

7.^a — Com respeito aos efeitos curativos dêste sal, só uma larga experiência poderá demonstrar êsses efeitos. E, como não tenho tempo nem aptidões para isso, outros, melhor que eu, chegarão a resultados mais conclusivos.

Visto.

Luiz Viegas

PRESIDENTE

Pode imprimir-se.

Lopes Martins

DIRECTOR