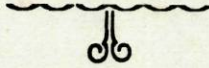


IV

JAIME DE OLIVEIRA MAGALHÃES



Febre na sífilis

TESE DE DOUTORAMENTO

♦ ♦ ♦ APRESENTADA A ♦ ♦ ♦

Faculdade de Medicina do Pôrto



JUNHO - 1919



Pôrto

Escola Tipográfica da Oficina de S. José
Rua Alexandre Herculano

1919

17814 FMP

৯৯

Febre na sífilis

১৬

JAIME DE OLIVEIRA MAGALHÃES



Febre na sífilis

TESE DE DOUTORAMENTO

♦ ♦ ♦ APRESENTADA À ♦ ♦ ♦

Faculdade de Medicina do Pôrto



JUNHO - 1919



Pôrto

Escola Tipográfica da Oficina de S. José
Rua Alexandre Herculano

1919

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

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

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo.

Pedro Augusto Dias.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas nesta dissertação.

(Regulamento da Faculdade de 23 de Abril de 1840, art. 155.º)

A MEUS PAIS

Unimo-nos nesta sublime cruzada que aqui tem o seu epílogo; vós com o amor e o sacrificio, eu com a vontade e o trabalho.

Se para tão grande acto, há possível retribuição, aqui vo-la deixo edificada á custa da alegria que vos dou e do muito que vos quero.

A MEUS IRMÃOS

José, Manoel, Aarão
e Alcino

A MINHAS IRMÃS

Maria do Cèu
Maria Cândida
Maria Aúrea

A vós me liga o maior amor de
irmão e as mais queridas recor-
dações da casa de nossos Pais.
Prendo os vossos nomes á humil-
dade do meu trabalho, que nele
serão, outras tantas riquezas em
seio de pobreza.

À MINHA NOIVA

Em breve enveredaremos juntos pela estrada tortuosa da vida, compartilhando das rósas e espinhos com que nela depararmos. Aqui deixo impressa quanta veneração me merece a tua riqueza de alma e coração onde teremos inexgotável inergia para a longa caminhada.

A MINHA AVÓ

D. Maria Cândida Pinto Ribeiro

Morreu ha menos de uma semana.
Esta pagina é de lucto bem pesado.
Sinto que á gratidão do muito que lhe
devo estão ligadas as préces dos póbres
que amparáva. Deixo aqui impressa toda
a amarga saudade do meu coração,
como as lágrimas daqueles o farão, em
dias de miséria.

A MEU TIO Jeronimo

Não venho patentear a minha grande dívida porque melhor é senti-la. É um tributo que presto ao reunir em volta de mim os meus maiores amigos e a si considero o segundo que na vida encontrei. Nunca o esquecerei.

A MINHA TIA Maria Cachaldóra

Sinto-me contente por lhe declarar quanto estima me merece, tanto por mim como pelos meus, e o prazer com que a vejo na minha família.

A MINHAS TIAS E TIOS

Carolina e Assumpção

A minha amizade.

A MEUS PRIMOS

Dr. Manoel Esteves e Virginia

Pelo muito que vos estimo e
pelo bem que simbolizais.

Fernando e António Moreira

Pela boa camaradagem no Pôrto.

A MINHAS PRIMAS

Filomena Vieira, Boa Nova e Alice

Injustamente vos separo do
logar de minhas Irmãs porque
outro sentir me não inspirais.

A MEU ILUSTRE PRIMO E BOM AMIGO

Doutor Bernardo Augusto Pinto de Madureira

LENTE DA UNIVERSIDADE
DE COIMBRA

Ilustro esta pagina com o seu nome pelo que representa de caracter e de talento. É uma homenagem simples, mas sinœera, ao seu valor e uma afirmação de muita estima ao grande amigo.

A

Meus Avós
Eva Vieira
Antonio Moreira (Pai)
Maria Nazareth
Maria Stéla
Mário
D. Carmelina Rita Teixeira

Desolada saudade.

À MUITO QUERIDA FAMILIA ARAUJO

D. Maria
Antonio Augusto

SUAS FILHAS

Berta
Aurora (a nossa Lóló)

SUA PRIMA

Aurora

Para todos a mesma parcela de sincera es-
tima, pelo muito que lhes devo e pela feliz
razão que nos une.

Aos meus condiscípulos

Ao Roberto de Carvalho

O mais enciclopédico de todos, o grande
amigo como valioso companheiro dos meus tra-
balhos. Por tudo muita estima e um grande abraço

As restantes famílias que me
distinguem com a sua amizade

Aos restantes parentes
e amigos

AO ILUSTRE CORPO DÓCENTE

da

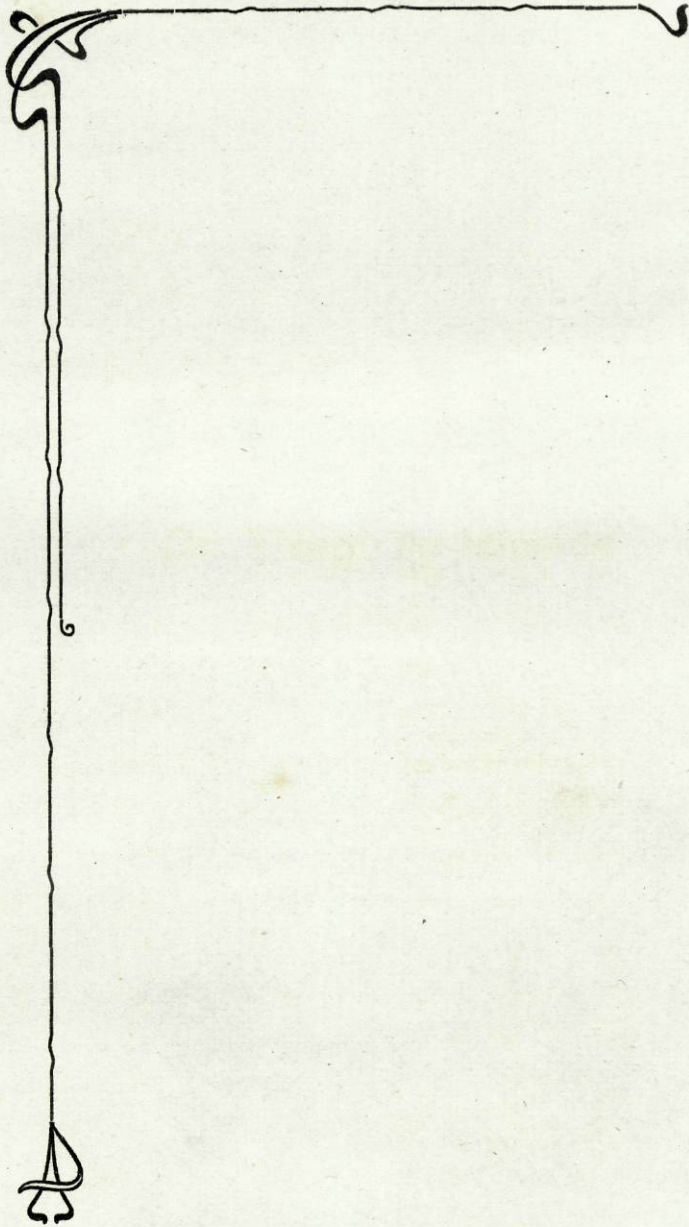
Faculdade de Medicina
do Pôrto

Grande e eterno reconhecimento
pelos seus sábios ensinamentos.

Ao meu Ilustre Presidente
de Tese

Dr. Thiago de Almeida

Nunca esquecerei tão grande honra que
se dignou conferir-me, como não morrerá já-
mais a grata admiração que hoje sinto
pelo seu saber e interesse de ensinar.



Prólogo

Não é um assunto novo e desconhecido o que prendeu a nossa atenção. Não temos pois a pretensão da originalidade, mas sómente continuar entre nós a afirmação da frequencia da febre na sífilis.

Não somos por isso o iniciador deste estudo. Entre muitos patologistas e clínicos, que á Febre na sífilis prestaram cuidada atenção, destaca-se Fournier, o primeiro que dela nos deu uma descrição de tal valor, que ainda hoje é considerada como clássica. Entre nós, conhecemos um trabalho apenas do Dr. Ernesto de Azevedo, que constituiu o assunto da sua tèse.

Foi na leitura das obras magistraes de Fournier e na audição das lições que sobre o

assunto versou este ano o nosso professor de
Clínica Médica, Dr. Thiago de Almeida, que
principalmente aurimos o assunto para o nosso
modesto trabalho.

E' sem alcance científico o nosso esforço,
compreendemo-lo bem, porque se algum mérito
tem, só pôde provir-lhe do desejo que nos ani-
ma e da intenção que nos orienta, de versar
num humilde estudo, assunto de tanta impor-
tancia clínica.

Prestaremos um concurso á observação e
tratamento dos que se debatem com a mais
frequente enfermidade social, e assim julgamos
cumprir um dever médico, sendo úteis aos
doentes.

Não pretendemos que este trabalho seja completo, porque o não conseguiríamos ainda que o tentássemos.

Não seremos pois úteis pelo lado científico da nossa dissertação, alheia como é a novas teorias. Praticamente, algum valor poderá ter nas poucas afirmações que a observação dos casos que apresentamos nos permite, mas nenhuma conclusão teremos de extraordinário mérito, para o que uma prática longa e conhecimentos vastos seriam necessários. Vimos dum curso de excessivo trabalho a que não fôram estranhas causas perturbadoras do seu bom seguimento. Não temos uma enfermaria desta especialidade; os casos que apresentaremos, apareceram dis-

persos nas salas da 2.^a Clínica Médica e na clínica particular do nosso Professor, Dr. Thiago de Almeida. Compreende-se que só a extraordinária vontade de ensinar e o método com que são colhidas e registadas as observações dos seus doentes, nos pôde dar ensejo ao assunto desta tése.

Será pois insuspeito o que dissérmos, porque se por nós não valesse, a garanti-lo teria o valor e saber do Mestre Ilustre que a todos merece respeito e confiança.

Aqui deixamos bem sincéramente registado o agradecimento imorredouro do muito que lhe devemos.

PRIMEIRA PARTE

CAP. I — Um pouco da sua história

CAP. II — Afebre — sua etiologia,
frequência e sintomas

CAP. III — Formas febris —

CAPÍTULO I

Um pouco da sua história

Temos noticia da sífilis a partir do século xv. Desta mesma época datam os escritos que falam da febre nos sifilíticos.

Admitida por uns, foi negada por outros. Diz FOURNIER que um dos êrros que houve sobre a sífilis foi o de a considerar como doença isenta de reacção febril — *Morbus Gallicus est morbus absque febre* — diziam os antigos. — *La vérole ne connait pas la fièvre* — dizia-se há pouco ainda.

Foi pois um assunto muito debatido, porque outros observadores apareceram garantindo a sua existência, e entre êles FOURNIER que na sua estatística de 1120 mulheres com manifestações secundárias, a registou em 351.

Não sabemos o que em antes da terrível epidemia da segunda metade do século xv se pensava da sífilis e sua febre, porque nada no-lo refere. O que sabemos pelos documentos que dessa época possuímos, é que ambas fôram simultaneamente observadas, embora diferentemente consideradas. A febre, geralmente pouco violenta e sem causar grandes perturbações ou cuidados, occupou no interesse dos clínicos um logar apagado, limitando-se êstes a citá-la. Só a sífilis mereceu um interesse capital e absorvente, e isso deveu ao carácter que o seu desenvolvimento tomou, tornando-se como a lepra o terror da Idade Média.

Foi pois injustamente considerada a febre sífilítica no seu valor, cujo conhecimento reputamos importante, pela razão de que só por si nos pôde revelar uma sífilis ignorada, não falando já nas outras muitas vantagens que no

decorrer dêste trabalho referiremos. Temos disso uma observação, num caso de hereditariedade...

Já dissemos anteriormente que temos referências dela desde o século xv.

NICOLAS LÉONICÉNE, em 1497, disse:

— *C'est une règle presque général que les malades affectés du «mal français» sont exempts de reaction fébril; si la fièvre se montre en quelques occasions, elle est toujours si faible qu'ils en ont à peine conscience.* —

JEAN DE VIGO, em 1514, falando da multiplicidade das manifestações na sífilis, disse:

— *C'est une petite fièvre qui, venant parfois se surajouter à tous les symptômes qui précèdent, conduit insensiblement les malheureux malades à la consommation, l'étisie progressive et la mort.* —

MATHIOLE que segundo afirma KUNT SPRENGEL foi o primeiro a administrar internamente o mercúrio, numa memória sobre o «mal français», disse:

— *La forme bilieuse de cette maladie s'accompagne d'une «petite fièvre», soit du mode tierce, soit du mode étique.* —

Outros clínicos observaram depois acessos febris intermitentes, que relacionaram com a sífilis.

Até JOHN HUNTER (1786) a observação continuou, mas sem grande progresso de conhecimentos.

Êste grande sífilógrafo, porém, impressionado pela freqüência com que os seus doentes apresentavam reacção febril, disse:

— *Les altérations locales de la syphilis constitutionnelle s'accompagnent ordinairement de «fièvre», d'agitation, d'insomnie et souvent de céphalalgie. Ces symptômes se manifestent souvent indépendamment de tout action locale sans en être accompagnés; il est très difficile alors de reconnaître la véritable nature de la maladie.* —

SWEDIAUR foi o primeiro (1801) que distinguu a febre prodrômica do período secundário, dizendo que os doentes em antes de apresentarem as manifestações secundárias, apresentam uma febre lenta com pulso fraco e acelerado.

GUNTZ num estudo sobre a febre prodrômica de período secundário (1863), classifica-a de contínua remittente; assinala a bulímia e a

aparência de gravidade que por vezes a acompanham.

Assim veio caminhando até nossos dias, tendo merecido vários estudos e observações, como os de COURTEAUX, MORIM e VIALANAIX. Mereceu a atenção de FOURNIER e isso valeu-lhe uma descrição clássica, própria da clara compreensão do sífilígrafo distintíssimo e extraordinário talento dèste homem de sciência.

A valorizar pois a verdade da nossa afirmação, temos àlém da própria observação, os testemunhos de que ninguém ousará duvidar, deixados pelos mestres a que me referi.

Diremos pois que não será honesto afirmar hoje que tal febre não existe e revoltamo-nos contra quem, desprezando os resultados da observação, vem ainda a público, dizer que o treponêma é um agente apiretogeneo.

CAPÍTULO II

A febre

Sua etiologia, frequência e sintômas

A febre na sífilis, não desmerece do alto valor que em geral tem, no campo da patologia clínica.

Com efeito nós podemos observá-la nas mais variadas formas e tipos, e encontrá-la acompanhada das mais diferentes complicações.

Na sífilis não valerà, não terá aquela

importância, que assume no paludismo, na pneumonia ou na tuberculose, em que a doença se ajuíza pela marcha da temperatura.

Não será para a nossa orientação de clínicos o motivo de maior alarme ou o elemento de certeza que marque um prognóstico grave. Não será isso, por certo, mas também seria necessário desconhecer o que é a avariôse, na sua marcha irregular e traiçoeira, toda cheia de surpresas, as mais desagradáveis e acidentes os mais funestos, para afirmar que o conhecimento e o diagnóstico pronto do mal é de interesse secundário.

O doente que faz tais temperaturas, está sob a acção da sua infecção no estado de virulência. Elas constituem um sintôma como outro qualquer, e se o tratamento não é instituído, outros podem surgir por igual razão, devendo as suas funestas consequências ser lançadas á conta da ignorância que lhes deu lugar.

Defendemos, pois, o valor da febre na sífilis e o do seu conhecimento perfeito,

porque, se por si só não faz perigar a vida do doente, permite muitas vezes evitar o êrro dum diagnóstico, e sempre instituir uma medicação preventiva de todos êsses males, tantas vezes irreparáveis, que inesperadamente o assaltam.

Etiologia

É nas infecções que a febre tem a máxima importância.

Causas de toda a ordem influenciam a temperatura, mas são os processos infecciosos que mais poderosamente o fazem.

Explicamos classicamente os fenómenos febris, atribuindo-os à acção de substâncias piretogénicas, segregadas pelos agentes da infecção.

Interessa-nos a sífilis, doença toxi-infectante que tem por agente o treponêma pálido de SCHAUDINN-HOFFMANN.

Contrariamente à opinião de alguns autores afirmamos com os sifilígrafos mais distintos, o carácter piretogénico das suas toxinas,

e isto dá-nos o elemento essencial do problema etiológico da febre que tratamos.

Diz-se elemento essencial, porque em si não existem todas as condições de que depende.

Muitas, são, com efeito, as circunstâncias que importa considerar a etiologia da *Febre na Sífilis*:

- 1.^a — **O caracter da sífilis** — Difere segundo é hereditária ou adquirida. Na primeira é pouco elevada, sem grandes perturbações gerais, mas duradoura. Temos disso um caso que adeante registaremos.
- 2.^a — **O sexo e no mesmo segundo a idade** — É mais freqüente na mulher e nos novos.
- 3.^a — **Todas as causas de depressão física** — Alcoolismo, miséria física e trabalhos fatigantes.
- 4.^a — **O modo como o treponema se conduz** — Pode desde o início a doença ir até ao máximo de agudeza para depois declinar e aparen-

temente desaparecer, até ao dia em que novo percálso surja.

Mas pode também tomar um caracter benigno desde principio, quási imperceptivel, até ao dia em que se manifeste por sintômas vários, entre os quais a febre, dando ocasião a ser confundida com outras doenças.

- 5.^a — O período em que a sífilis se encontra — Admitida no período primário, é mais freqüente no secundário; menos no terciário do que no anterior, acompanha geralmente lesões específicas. No quaternário menos freqüente ainda, foi todavia observada.
- 6.^a — A localização do mal — Temos notado esta circunstância e dentre todas, as localizações pulmonares, pleurais ou articulares, são as que mais especialmente a provocam.
- 7.^a — Os traumatismos — Favorecem a sua aparição como a de todas as manifestações treponemicas,

8.^a — As associações mórbidas — Têm aqui a mesma importância que nas outras doenças. Uma revista de ginecologia, cita o caso de uma doente que após uma operação obstétrica a apresentou. Não teve reacção febril pela intervenção que decorreu bem. Teve -porém uma infecção no parto e o autor atribue-lhe o estímulo que fez aparecer essa temperatura averiguadamente sífilítica.

9.^a — A medicação — Qualquer medicação antisifilítica a pode fazer aparecer. É mais vulgar observar-se nos que se tratam irregularmente.

Freqüência

Já anteriormente nos temos referido a pontos que importam a êste assunto. Referimo-nos às causas que nela podem influir e citamos a significativa estatística de FOURNIER em que êle estabelece o número de casos febris em relação às doentes com manifestações secundárias na razão de $\frac{1}{3}$.

Ao que dissenos, só temos a juntar, que é nos 2 ou 3 primeiros anos da infecção que a febre é mais freqüente, podendo mesmo dizer-se, que é comum na mulher, nos primeiros meses ou primeiro ano da doença.

Sintômas

A febre sífilítica apresenta-se sob formas tão variadas que não é facil dizer qual é o seu fenómeno inicial. Na maior parte das vezes anuncia-se como todas as outras pîrexias, por sensação de *frio*, *tremor* e *horripilação*. Esta sensação pode ser ligeira ou intensa, atingido o tremor todos os membros. O começo, por vezes brusco, pôde ter um período prodromico bem nítido. Êsse prodromo é caracterizado por cefalalgia muito viva ou cefaleia, pêsso de cabeça e depressão. Pode isto durar de várias horas a vários dias.

Qualquer que seja a forma e o começo da febre sífilítica, esta exterioriza-se por dois phenomenos principais — a *elevação térmica* e a *aceleração do pulso* — a que se juntam — *mal*

estar geral e perturbações das diversas funções.

A temperatura, geralmente de 37°,5 a 38°,5, póde atingir 40° e mesmo mais, como o observamos no ano passado numa enfermaria de 2.^a Clínica Médica.

A freqüência do pulso pode ser de 110 a 120 pulsações por minuto (LANCEREAUX). Nem sempre acompanha proporcionalmente a temperatura, podendo ser hiper ou hipofreqüente.

O mal-estar geral acentua-se por vezes de tal modo que simúla doenças de gravidade, mas em geral não obriga o doente a permanecer no leito.

Das perturbações funcionais, as mais interessantes são as do aparelho digestivo.

Na febre sífilítica, ao contrário da língua saburrósa e da anorexia próprias das pirexias em geral, encontramos, e isto é importante frizar, a língua senão limpa, quási normal e o apetite não só conservado mas muitas vezes exagerado.

Esta última circunstância, muito própria da sífilis, despertou curiosidade e mereceu

estudos e observações várias, tão contrária ela é aos caracteres comuns a todos os estados febris. Devemos a FOURNIER um belo estudo. Demonstrou, firmando-se na observação de muitos casos, que esta bulímia é um acidente do periodo secundário e que quando associada á febre constitue um conjunto patológico dos mais bizarros.

Observou que muitos dos seus doentes com uma temperatura axilar de 39°,8 e 120 pulsações por minuto, eram verdadeiramente atormentados por uma fome insaciável, absorvendo o trípulo e o quadruplo do que ingeriam em estado de saude.

Viu-o ainda em doentes que além dêsses sintômas, apresentavam um mal estar geral acentuadissimo, com astenia profunda, dôres tormentôsas, insonias quási contínuas, suores profúsos, desordens nervosas, perturbações das grandes funções, um pulso miseravel, etc. Em tais condições, este exagero de appetite só pode ser admitido como um fenómeno mórbido, associado aos restantes. Longe, pois, de significar um elemento de

saúde é, ao contrário, um sintôma essencialmente patológico.

Áparte êstes sintômas essenciaes, outras particularidades se lhes podem associar, dando-lhes um carácter ou modalidade, bem próprios da febre sífilítica.

Agrupamos-las do modo seguinte:

- 1.º — A repetição freqüente do frio e suores, quer locais quer gerais, no curso da febre.
- 2.º — A associação ao estado febril de outros fenómenos, como cefaleia quasi contínua, dôres periósticas, artralguas, mialguas, nevralguas e perturbações de sensibilidade geral e especial.
- 3.º — Irregularidade e variabilidade da sua evolução e inconstância de duração.

CAPITULO III

formas febris

Sua classificação

FOURNIER disse ter sido um êrro, o que muitos afirmaram, ao declararem que os fenómenos febris eram sempre sintomáticos de perturbações funcionais ou outras lesões que os provocavam. Mais disse, ter observado contrariamente a tais afirmações, que a verdadeira febre da sífilis era independente dessas causas, a maior parte das vezes, tendo a sua existência própria e derivando directamente do mal.

Assim interpreta FOURNIER a febre na sífilis, e foi partindo destas conclusões, que êle fez a sua classificação, ainda hoje tida como clássica.

Dividiu os fenómenos febris em 2 grandes categorias :

Sintomática (dependente de perturbações ou lesões).

Essencial (independente de outras manifestações).

O valor desta classificação não consiste só no que deixamos dito, mas ainda em que são muito diferentes na sua evolução, freqüência e interesse clínico como veremos em breve.

Sem depreciar o merecimento deste trabalho de FOURNIER, porque o tem, ao nosso Professor, Dr. Thiago d'Almeida, não pareceu tão completa a sua classificação, que dentro dela coubessem todas as formas que a observação nos dá, e todas as circunstâncias

que podem influir na aparição da febre nos sífilíticos.

Viu, por exemplo, como anteriormente citamos já, ao tratar da etiologia, que a medicação, principalmente quando irregularmente instituída, pode provocar a aparição da febre.

Igualmente citamos anteriormente um caso de febre sífilítica que sobreveio a uma infecção obstétrica.

Vê com admiração a obra de FOURNIER, mas no seu espirito appareceu esta lacuna, o que levou a apresentar, numa lição do curso deste ano, uma outra classificação, que embora assentando sobre aquella, tem contudo uma feição especial de observação clínica, além de nela introduzir um novo logar para os casos a que anteriormente nos referimos :

FEBRE SIFILITICA	}	De localização	(Sintomática de FOURNIER)
		De evolução	(Essencial de FOURNIER)
		De associação	{ Nosológica Medicamentosa

Seguiremos neste trabalho esta classificação, não pelo irreflectido impulso do aluno que segue o mestre, mas, porque nos agrada seguir o espirito de observação que a inspirou.

Febre de localização

(SINTOMÁTICA DE FOURNIER)

As manifestações secundárias, isto é, as do período em que a febre é mais usual, passam geralmente sem elevações térmicas.

Veze há porém, em que essas manifestações são precedidas ou acompanhadas de temperaturas pouco elevadas (37° a 38°). Isso succede com certas lesões específicas um pouco agudas, como a roséola e as sífilides de tendência generalizadora, e ainda com certas complicações que por vezes as acompanham, taes como irites inflamatórias, periostites, artrites, pseudoreumatismo secundário, etc. É por lhes ser subordinada, por delas derivar, que se chama de localização ou sintomática (FOURNIER). É um movimento febril idêntico ao de outra qualquer per-

turbação funcional ou lesão. Pouco elevada, como já dissemos, é de tipo contínuo, geralmente pouco demorada (4 a 5 dias).

Às vezes com remissões periódicas, irregulares, mas pouco freqüentes e nunca ultrapassando 2 semanas.

M. LANCEREAUX admite uma febre sífilítica como fenómeno prodrómico do periodo secundário.

Estabelece um período de 8 a 10 dias, podendo ir até 3 semanas, contado do aparecimento da febre ao das manifestações. Mais afirma, que na sífilis inoculada, apareceram os mesmos fenómenos 65 a 150 dias depois, como o observaram também WALER e RINECKER, e por isso entende que o mesmo sucederá na contraída acidentalmente.

ED. PUNTZ identicamente a considera como o sintôma prodrómico duma afecção exantematosa que se observa 23 a 65 dias depois da infecção.

Dito assim quanto nos ocorre, sôbre esta forma febril da sífilis, apresentaremos seguidamente, 3 casos referentes a doentes, um tra-

tado em 2.^a Clínica Médica e dois na clínica particular do nosso Professor.

I C A S O

Refere-se à doente E. A., casada, de 24 anos. Saíu das nossas enfermarias em 20 de Novembro de 1918, tendo entrado em 11 de Setembro do mesmo ano com a seguinte sintomatologia: Cefalalgias, mais vivas de noite; dôres em todas as articulações, mais violentas de noite; insónias, suores abundantes, arrepios, febre de 38°,7, língua saburrosa, diarreia e urinas carregadas. Gânglios não aumentados. Reflexos rotulianos exagerados. Ruidos cardíacos vibrantes, mais o segundo e no fóco mitral. Pulso cheio, hipertenso; freqüência de 120 pulsações por minuto. Reacção de WASSERMANN positiva. Queda anterior do cabelo.

ANTECEDENTES

Tinha adoecido 15 dias antes, com êstes mesmos sintômas.

No seu passado, conta um abôrto, e uma artrite coxo-femural direita.

DIAGNÓSTICO

(Reumatismo sífilítico)

Esta localização articular permite o êrro de nos julgarmos em face dum caso de reumatismo articular agudo. Presta-se a essa confusão, mas com uma observação cuidada, a distinção é possível, pelos caractéres diferentes que os sintômas apresentam nas duas doenças.

Para facilidade do estudo dá-los-emos no seguinte quadro :

REUMATISMO SIFILITICO	R. ARTICULAR AGUDO
I - Fluxões art. menos acentuadas, ás vezes simples artralguas.	I - F. art. acentuadas.
II - Localização fixa.	II - L. variável.
III - Exacerbações noturnas.	III - Sem cronologia.
IV - Reacção geral pouco acentuada.	IV - R. geral viva.

TRATAMENTO

Como no gráfico se vê, deu-se-lhe primeiramente o salicilato de sódio de 11 a 24 de Setembro, por se supôr tratar de um caso de reumatismo art. agudo. Viu-se que a febre não cedeu.

Uma observação mais cuidada, inspirada ou falência do tratamento instituído, fez suspeitar da sífilis como doença causal, o que uma R. de WASSERMANN posterior confirmou. Em virtude disso, foi-lhe dado o iodeto de potássio na dose de 15 decigramas, a partir do dia 25.

Tomou-o até ao dia 8 de Outubro, e notou-se que o seu efeito se fez sentir, melhorando muito o doente, e ainda a sua pronta acção sobre a febre. Deixando de tomar o iodeto, teve apenas pequenas perturbações do seu estado de apirexia, até que no dia 22 do mesmo mês apareceu novamente a febre. Manteve-se até ao dia 31, dia em que declinou sob a acção do tratamento instituído na véspera. Deu-se-lhe também o cacodilato de sódio, como tónico e ainda porque

nos parece que os arsenicais não são sem acção sobre a febre, como adeante diremos.

II CASO

Trata-se do doente A. J. A., internado no Pavilhão do Hospital de S.^{to} Antonio, em Setembro de 1918. Entrou com os sintômas seguintes:

Agitação, inquietação; movimentos constantes, carfologia, delirio, palavras incoerentes e mal balbuciadas. Recusa de alimentação, apenas bebia leite. Tremulo geral. Língua muito sêca. Temperatura de 39^o,3 e pulso amplo com 120 pulsações. Erupção eritemo-escamósa generalizada. R. de WASSERMANN levemente suspeita no sangue e negativa no líquido cefaloraquidiano.

Tinha no pescoço uma erupção de aparência sifilítica.

A confirmação da natureza do mal, nas lesões cutâneas e nas graves perturbações nervosas ficou estabelecida numa conferência com os professores Dr. Luís Viegas e Dr. Rocha Pereira.

ANTECEDENTES

Nada foi possível saber dos seus antecedentes, devido ao estado em que se encontrava.

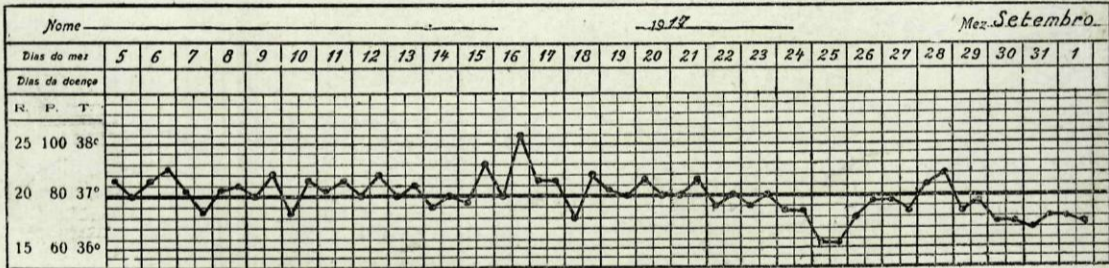
DIAGNÓSTICO

(Encefalite difusa de natureza sífilítica)

Tratava-se duma localização cerebral da sífilis, o que nos é garantido pela sintomatologia que o doente apresentava e pelo resultado do tratamento, de que a seguir falaremos.

TRATAMENTO

No gráfico vemos a indicação da medicação feita. Entrou em 28 de Setembro e em 29 começou a tomar o iodeto de potássio. A temperatura que era de 39°,3 começou imediatamente a diminuir e aos restantes sintomas, o mesmo sucedeu. Melhorou de tal modo que parecia aparentemente bem. Foi para Vila Real, sua terra, reapareceram os antigos sintomas e o doente morreu.



No tratamento que aqui fez, tomou o iodeto na dose de 15 decigramas por dia, durante 21 dias. Recebeu àlêm disso 20 injeções de benzoato de mercúrio.

III CASO

Neste caso, o doente é um médico.

Consultou o nosso Professor em 20 de Outubro de 1917, dizendo-lhe que desde Junho, havia portanto 5 meses, se sentia com febre. Esta foi registada de 5 de Agosto a 1 de Setembro; àlêm de suores nocturnos, astenia, anorexia, emagrecimento, foram constatados atritos pleurais à direita. Esta sintomatologia, fazia supôr uma tuberculose. Nesta ideia foi tratado, mas nada conseguiu de bom.

A auscultação denunciava atritos pleurais á direita. Como notasse que o descanso, tão vantajoso em questões bacilares, era aqui perfeitamente inútil, investigou os antecedentes e nêles encontrou o câncero duro em 1900.

Fez a prova medicamentosa pelo iodeto de potassio e o resultado foi o desapareci-

mento de todo o mal que sentia, incluindo a febre.

DIAGNÓSTICO

(Sífilis pleural)

Êstes casos de localização pleural não são muito ráros. Esta localização dá muito freqüentemente temperaturas febris. Nos casos pleuropulmonares são mais raras.

Vemos pelos sintômas que êste doente apresentara, a grande analogia que êstes casos de sífilis têm com os de natureza bacilar.

Sem falarmos nas particularidades próprias da sífilis e da tuberculose que aqui não estaremos a revêr, convem frisar o *processo do descanso* seguido nêste doente, como valioso elemento de diagnóstico diferencial.

Na suspeita de febre bacilar, o melhor antitérmico que podemos administrar é o repouso absoluto do doente. Se a febre diminuir, será confirmada essa suspeita.

Não cedendo, como no nosso caso, falará em favor da natureza sífilítica.

TRATAMENTO

Já a êle nos referimos. Aqui como nos 2 casos antecedendes, tem o iodeto de potassio mais uma vitória.

Febre de evolução —

(ESSENCIAL DE FOURNIER)

Esta forma é a mais freqüente e a mais interessante. Podemos mesmo chamar-lhe a verdadeira febre sifilítica. Deriva directamente da doença, como um outro qualquer sintôma.

Tem uma existência absolutamente independente e não acompanha, nem é prodrômica de outras manifestações. Contrariamente ás teorias dêsse tempo que admitiam sómente a forma de localização, J. HUNTER observou-a em 1786, exprimindo-se assim a seu respeito :

— *« Ces symptômes se manifestent souvent indépendamment de toute action locale et sans en être accompagné ».* —

FOURNIER observou-a igualmente e a êle devemos uma descrição completa, ainda hoje

adoptada. Segui-la-emos ao tratarmos dos tipos clínicos que esta forma pôde apresentar, ainda por êle estabelecidos. São 3, a saber :

TIPO INTERMITENTE,

TIPO CONTÍNUO,

TIPO IRREGULAR.

Tipo Intermitente —

SEUS SINTOMAS

É o mais freqüente na febre sífilítica evolutiva ou essencial.

É caracterizado por acessos febris vários, mais ou menos periódicos, acompanhados da triade sintomática — arrepios, calor e suores — além dos fenómenos comuns a todas as piroxias (elevação térmica, aceleração do pulso, mal-estar geral, cefalalgia, quebreira e perturbações simpáticas). Êstes acessos, umas vezes intensos, outras ligeiros, são separados por períodos de apirexia, geralmente longos e de duração variável. Comêçam por um arrepio

violento, às vezes acompanhado de tremuras. Dura êste arrepio de um quarto a meia hora, depois do que o doente sente um calôr intenso, seguido duma sudação abundante que pode demorar-se. O acesso dura em geral 12 horas ou menos, segundo os dóentes. Além dos sintômas anteriormente indicados é vulgar ou mesmo constante a sêde ardente, devido á grande pêrda de líquidos pela sudação. No dia seguinte queixam-se de fadiga.

DIAGNÓSTICO

Pelo que deixamos dito, tanto pelo que respeita ao movimento febril como ao quadro sintomático dêste tipo de febre, constatamos a grande semelhança que pôde haver entre os acessos desta natureza e os de proveniência palústre, principalmente quando aqueles se sucedem regularmente. O diagnóstico de tipo intermitente é fácil e para isso basta olhar para o gráfico correspondente. A etiologia pode apresentar dúvidas, sendo a principal causa, a analogia com os acessos palustres.

Devemos ainda desta vez a FOURNIER um quadro sintomático de diferenciação, em que confronta caracteres próprios das duas doenças, com os quais nos é possível a distinção:

ACESSO INTERMITENTE SIFILITICO	ACESSO INTERMITENTE PALUSTRE
I — Quási sempre <i>quotidiano</i> não susceptível dos tipos terça, quarta, etc.	I — Algumas vezes quotidiano, as mais das vezes terça, sobretudo nas formas francas e no principio da infecção.
II — Quási sempre <i>vespertino</i> ou <i>nocturno</i> .	II — <i>Diurno</i> , o mais habitualmente.
III — Acesso geralmente <i>incompleto, frústre</i> , quási nunca composto dos 3 estados clássicos do acesso palustre. Estado de frio e estado de suores faltam vulgarmente. O estado de <i>calor</i> sempre predominante, como intensidade e como duração.	III — Acesso geralmente completo, isto é, composto por os <i>três estados</i> sucessivos, em cada um dos quais tem predominio um fenómeno especial.
IV — Acesso quási sempre <i>irregular</i> , algumas vezes mesmo desorde-	IV — Acesso <i>metódico</i> como evolução (estados perfeitamente marcados

ACESSO INTERMITENTE
SIFILITICO

nado (estados confusos ou invertidos; fenomenos diferentes dos diversos estados, muitas vezes associados e confusos).

- V — Acesso *muito variavel como forma*, como fisionomia geral, quer dum individuo a outro, quer dum dia a outro no mesmo individuo.
- VI — Acesso de duração *geralmente bem menor*, que o acesso palustre, variavel aliás, e muitas vezes muito curto.
- VII — Nunca aumento do *baço*, (salvo excepções ou coincidencias).
- VIII — Acesso *rebelde ao sulfato de quinino*, mas muito sensivel á acção do mercúrio.
- IX — Não tem a etiologia do paludismo.
- X —

ACESSO INTERMITENTE
PALUSTRE

e distinctos, sucedendo-se com uma regularidade perfeita).

- V — Acesso geralmente *uniforme*, semelhante a si mesmo, quer dum doente a outro, quer sobre o mesmo individuo.
- VI — Acesso em geral *muito longo*.
- VII — Quasi invariavelmente aumento apreciavel do *baço*.
- VIII — Acesso muito sensivel á acção do *sulfato de quinino*, insensivel á do mercúrio.
- IV — Etiologia do paludismo.
- X — Possibilidade de descobrir no sangue o hematozoario de Laveran.

Outras doenças ha que pódem apresentar este tipo de febre, tais como a tuberculose em início e certos supurações ou afecções renais e ureterais.

Aqui mais fácil é distinguir, para o que bastará conhecer os antecedentes do doente e fazer a sua exploração.

UM CASO CLÍNICO

É a observação da doente A. da C., solteira, de 32 anos, tratada na 2.^a Clínica Médica. Foi internada em 11 de Setembro de 1918, tendo ali permanecido por longo tempo. Temos a sua observação até 31 de Janeiro, immediato. O gráfico dá-nos a marcha da temperatura até ao dia 16 de Dezembro, porque posteriormente, a doente se manteve sempre apirética.

Entrou com a seguinte *sintomatologia* :
Vóz apagada e disfagia.

Dôres preesternais — 3.^o espaço intercostal esquerdo.

Aórta dilatada, palpitações permanentes e 2.^o ruído aórtico vibrante.

Dispneia no decúbito.
Dôres nos ossos, mais de noite.
Insonias e suores nocturnos abundantes.
Reflexos tendinosos aumentados.
Hipoestesia á direita.
Confusão de sensações termicas á esquerda.
Fadiga na marcha, anorexia e *febre*.
Erupção papulosa nos antebraços e mãos.
Gânglios inguinais.

ANTECEDENTES

Amenorreica havia 2 anos.
Queda do cabelo.
Doente desde muito tempo.
No espaço de 4 anos, 6 entradas no
Hospital.

DIAGNÓSTICO

(*Fortite sífilítica*)

A febre da doente, segundo a observamos pelo gráfico junto, pertence ao tipo intermitente. Um outro ensinamento nos resulta dêsse

exame e contrário a uma afirmação de FOURNIER. Diz êste autor, que êste tipo é o que melhor cede ao tratamento. Ora, o que primeiro nos impressiona olhando êste gráfico e atendendo ao tratamento feito, é a longa duração da febre e a sua renitência, dando acessos periódicos, apesar de termos a doente submetida aos mercuriais e ao iodeto de potassio.

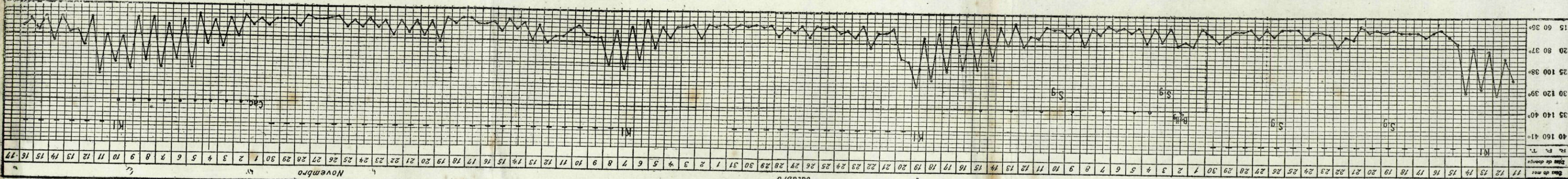
Notamos ainda, atendendo á sua evolução, a regularidade quási matemática, como êsses acessos aparecem. Os períodos de apirexia foram de um mês entre o 1.º e o 2.º, e o 3.º e o 4.º, e de 3 semanas entre o 2.º e o 3.º.

TRATAMENTO

Fez tratamento pelo benzoato de mercurio em injeções intramusculares e iodeto de potassio em hidrosoluto. Como o gráfico o indica, tendo entrado para a nossa enfermaria em 11 de Setembro, começou a tomar o iodeto em 13 na dose de 15 decigramas por dia. A temperatura caiu bruscamente de 14 para 15, não voltando a aparecer senão um mês depois,

Nome A. da C.

1918



num novo acesso. O primeiro tratamento pelo iodeto demorou-se até ao dia 30 do mesmo mês. Começaram as injecções de benzoato de mercurio 2 dias depois, e com elas esteve até ao dia 15 de Outubro, tendo tomado 8. Em 14, isto é, na vespera de terminar com elas, começou a doente a ter novas temperaturas altas que marcavam o principio do 2.º acesso. Isto se verificou, devendo notar-se que o tratamento mercurial as não impediu. Falaremos sobre isso no capitulo sobre o tratamento em geral.

Como a doente tinha estado a usar um mercurial, propositadamente foi deixada com a sua febre e sem o iodeto, com o fim de vêr se ela passava. O que se verificou, foi que crescia de dia para dia e teve-se de lho administrar.

Foi-lhe dado no dia 19, em que acusava 39º, em 20 descia para 37º,8 e em 21, tinha á tarde 36º,5. Prolongou-se a medicação até ao dia 31. Suspendeu-se neste dia e em 5 immediato novo acesso começava. Em 7 repetia o tratamento e em 9 já não tinha febre.

Foi mantido até ao dia 30, em 1 de

Dezembro começou com cacodilato de sódio e no dia 3 tinha novo acesso.

Continuou com ele até ao dia 10, mas o resultado tinha sido nulo como anteriormente para o benzeato. Tomou novamente o iodeto em 10, em 12 á tarde ainda teve 37º,5, em 13 apiretica, em 14, 37º,3 e de aí em diante menos de 37º. Viu-se o efeito do iodeto e reconheceu-se pela observação que tirar-lho correspondia a dar-lhe a febre.

Foi submetido então a um tratamento muito prolongado, e assim o fez desde 10 de Dezembro a 31 de Janeiro.

Além da medicação que referimos, fez-se-lhe uma injeção de 914 no dia 14 de Janeiro. Não teve mais febre a partir do dia 12 dêste mês, isto é, desde que esteve sob a acção do iodeto de potassio.

Tipo continuo

SEUS SINTOMAS

Nêste, o estado febril é permanente. Não tem a forma mais ou menos regular como em

algumas doenças, mas pelo contrário, apresenta de quando em quando verdadeiros acessos, o que lhe valeu o qualificativo de «*exacerbante*». Êstes acessos apresentam-se irregularmente, tanto de manhã como de tarde. Durante êles, nota-se uma elevação térmica superior á habitual e maior freqüência do pulso.

O doente sente ao mesmo tempo mal-estar geral, sêde viva, frios, suores, nauseas, vomitos, cefalalgia mais viva, etc. A sua duração é muito variável, de 2 dias a algumas semanas.

Durante a remissão, sempre mais longa que o acesso, a aparência do doente não denuncia o seu estado febril.

É menos freqüente que o tipo anterior. Fóra mesmo dos acessos, sentem um certo mal-estar, por vezes acentuado, astenia profunda, torpôr e enfraquecimento intellectuais consideraveis.

Êste conjunto sintomático que lhe dá a aparência de um estado tifoide, mereceu de FOURNIER o nome de *tifóse sífilítica*, para a doença, quando assim se manifesta.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do tipo da febre, faz-se pela evolução da temperatura, não merecendo dificuldades. Aqui como anteriormente, temos de fazer um diagnóstico diferencial, com aquelas doenças com que pôde confundir-se pela analogia dos seus sintômas. Acabamos de citar uma, afinal a mais importante, porque outra há, a *febre gástrica*.

Esta ultima confusão é possível quando no sífilítico os fenómenos digestivos predominam.

Há todavia elementos para as distinguirmos e não cairmos em êrro, como passamos a mostrar nos quadros seguintes :

I

FEBRE TIFOIDE	TIFÓSE SIFILITICA
I —	I — Antecedentes de sífilis recente.
II — Epistaxis iniciais muito frequentes.	II —
III — Adinamia geral; pros-	III — Astenia antes que

FEBRE TIFOIDE	TIFÓSE SIFILÍTICA
tração, indo até ao esgotamento.	adinamia verdadeira; abatimento antes que prostração.
IV — Facies característico; — torpôr e faces com rosetas.	IV — Facies languido, mas sem torpôr. Palidez.
V — Secura característica da língua. Fuliginósa.	V — Língua humida, cinzenta ou esbranquiçada. Nunca fuliginosa.
VI — Secura ardente da pele.	VI — Pele sempre humida, nunca sêca.
VII — Torpôr intelectual. Conversação difícil, impossível mesmo. Respostas vagas, incertas.	VII — Inteligência perfeita. Conversação fácil. Respostas precisas.
VIII — Subdelirio nocturno habitual. Algumas vezes delirio.	VIII — Nem sub-delirio nem delirio.
IX — Curva térmica especial.	IX —
X — Meteorismo.	X —
XI — Dôr ilíaca, gorgolejo ilíaco.	XI —
XII — Diarreia.	XII —
XIII — Ralas bronquicas.	XIII —
XIV — Aumento de baço.	XIV —

FEBRE TIFOIDE	TIFÓSE SIFILITICA
XV — No principio do segundo septenario, manchas róseas lenticulares.	XV — Desconfiar das erupções específicas.
XVI — Possibilidade de accidentes múltiplos: — albuminúria, hemorragias intestinaes, peritonite, etc., etc.	XVI —
XVII — Reacção aglutinante de Widal.	XVII —

II

SÍNOCA OU FEBRE GÁSTRICA	FEBRE SIFILÍTICA DE CARACTER DIGESTIVO
I — Perturbações digestivas intensas.	I — Perturbações digestivas menos acentuadas.
II — Língua sempre móle, edemaciada, muito branca, isto é fortemente saburral.	II — Língua quando muito, levemente acizentada ou perfeitamente normal.
III — Duração, geralmente nunca alêr de 8 a 9 dias,	III — Duração que póde ser de muitas semanas.

DOIS CASOS CLÍNICOS

(Ambos são da clínica particular de nosso professor)

I

Trata-se do doente J. C. de 23 anos que foi observado em 24 de Setembro de 1918.

Acusava nessa ocasião, *febre* que se vinha fazendo desde Agosto e que mediava entre 38.º e 39.º.

Astenia.

Rinite.

Gengivite expulsiva.

Reacção de WASSERMANN fortemente positiva.

ANTECEDENTES

Cancro duro em 1911.

Ulcerações da péle.

Placas na garganta.

Dôres articulares.

etc.

Estudando o gráfico notamos que a febre cedeu bem ao tratamento.

O doente continuou a fazer temperaturas pequenas, tendo de quando em quando os pequenos acéssos a que nos referimos anteriormente.

DIAGNÓSTICO

(Febre evolutiva do período terciário, tipo continuo)

Citámos os sintomas que o doente apresentava e as suas lesões inflamatórias. Se bem que não tivessem um carácter de gravidade, a fébre observou-se e é interessante frizar, que á febre andam muito frequentemente ligadas estas lesões. O doente que apresentámos no tipo intermitente, apresentava sempre inflamação da rino-faringe, todas as vezes que tinha os seus acéssos. Esta passava algumas vezes e a febre continuava.

TRATAMENTO

Em 27 de Setembro começou a tomar o iodeto de potassio, tendo tido nessa tarde 37°,8.

No dia imediato teve á mesma hora, 37°,4 e no seguinte, 36°,8.

Continuou com o tratamento até ao dia 6 de Outubro tendo-o portanto usado durante 10 dias.

A 1 de novembro começou a tomar injeções de benzoato de mercurio.

II

É o doente J. J. P. de 27 anos, solteiro, negociante.

Foi observado em 20 de Janeiro de 1919. Acusava o seguinte:

Fastio.

Suóres.

Insonias.

Gânglios múltiplos, volumosos no pescoço.

Atritios pleuraes dos dois lados, murmúrio respiratório diminuído nos vértices e reforçado nas bases.

Febre, não cedendo ao descanso.

Reacção de WASSERMANN *fortemente positiva*.

ANTECEDENTES

Cancros venéreos ha 5 anos.

Blenorragias.

Adenites.

Queda do cabelo.

DIAGNÓSTICO

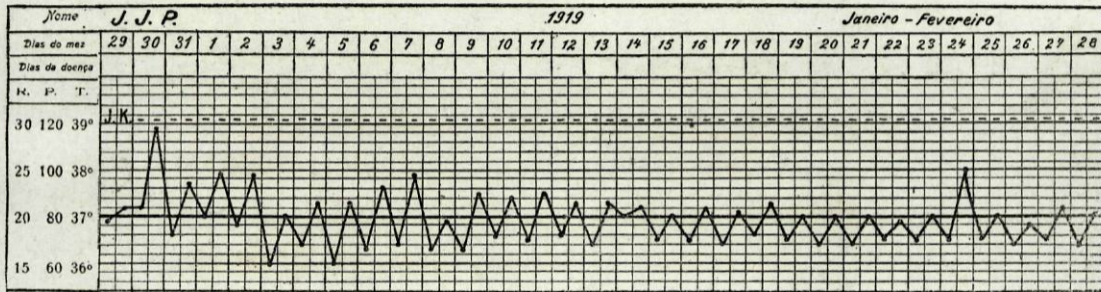
(Sífilis ganglionár)

O diagnostico do tipo contínuo resulta do exame do gráfico.

Só contem as temperaturas, de 29 de Janeiro a 28 de Fevereiro. A partir deste dia essas temperaturas não passam de 37°, até ao dia 10 de Março, quando recebeu uma injeção de 914. Fez depois temperaturas mais altas, que preferimos referir a respeito do

TRATAMENTO

Começou com o iodeto de potássio em 29 de Janeiro e com ele esteve todo o mez de Fe-



vereiro. Continuou sem febre até ao dia 10 de Março.

Neste dia recebeu a 1.^a injeção de 914 que lhe causou temperaturas reaccionais successivamente crescentes, tendo sido a do dia 11 a mais elevada, de 38°9.

No dia 17 foi-lhe feita a 2.^a injeção, e a 3.^a e 4.^a, respectivamente em 24 seguinte e 4 de Abril.

É de notar que em todas, a febre de reacção appareceu, em escala decrescente.

Temos registada a sua observação que aqui não deixamos por muito longa e dispensável, até ao dia 30 de Abril.

Depois mesmo do tratamento anterior, continuou a fazer novas temperaturas pouco elevadas, mediando entre 37°3 e 37°8.

Daqui nos parece lógico concluir, que o iodoto fazendo desaparecer a febre até ao dia em que o tratamento pelo 914 foi administrado, manteve um papel preponderante a este último que não só a consentiu emquanto foi instituido, mas ainda nos dias que lhe sucederam. Voltaremos a falar neste assunto.

Tipo irregular ———

Todos os casos de febre sífilítica que não pössam caber nos dois tipos anteriores serão agrupados neste.

O maior numero de vezes, o que observamos, são elevações térmicas atípicas e irregulares, quanto á aparição, ao grau e á duração, com uma evolução totalmente caprichósa.

Outras vezes ha porém, em que os 2 tipos anteriores se sucedem e substitúem, sendo mais raro que o contínuo degenére em intermitente. É o tipo menos frequente. A sua duração vae em geral de alguns dias a uma ou duas semanas. FOURNIER observou um caso em que a febre demorou dois mezes. Nós temos uma observação dum caso de hereditariedade, com 2 mezes e 27 dias registados, porque a febre continuava ainda, quando terminou o nosso estudo.

DIAGNÓSTICO

Falámos anteriormente da evolução da febre neste caso, e esse é o elemento mais valioso para

o nosso diagnóstico. Aqui como nos tipos anteriores, pode aparecer um cortejo sintomático variadssimo, dando ao problema o mesmo aspecto por que o tomamos anteriormente. Apresenta-se umas vezes facil, outras difícil, e em nosso auxílio temos sempre os mesmos elementos. Não repetiremos pois aqui considerações já expostas e qualquer característica particular, cita-la-mos a propósito dos 3 casos que vamos apresentar.

I

 um caso de sífilis hereditaria da clinica particular do nosso Professor.

Trata-se da pequena M. A. M. de 9 anos.

Já vinha sofrendo a sua doença, mas são foi observada em 15 de Outubro último, sendo constatado o seguinte :

Dentes incisivos superiores salientes e recortados.

Ganglios cervicais.

Ligeira rudeza nos ruidos aórticos.

Respiração diminuida nos vertices e broncofona.

Fezes pastosas.

Dores nos membros inferiores.

Incontinencia nocturna de urinas desde um ano.

Febre desde Abril de 1918.

Bom apetite.

ANTECEDENTES

Coqueluche.

Pae sífilítico.

Mãe, um abôrto.

DIAGNÓSTICO

(Febre do tipo irregular numa sífilis hereditária)

O gráfico é suficientemente elucidativo para o diagnóstico do tipo febril.

O quadro sintomático que é dos mais variados, se por si nos não dá indicação segura, tem elementos que juntos aos antecedentes familiares, nos permitem pensar na avarióse. Foi esta circunstância, que inspirou a ideia do trata-

mento antisifilitico, com resultado. A prova terapeutica foi pois positiva e assim o demonstrou uma nova observação feita em 6 de novembro immediato.

O seu resultado foi:

Fezes menos pastósas.

Dôres nos membros inferiores desaparecidas.

Incontinencia de urinas diminuida.

Mais socegada e bem disposta.

TRATAMENTO

Foi-lhe ministrado o xarope de GIBERT no próprio dia da 1.^a observação, usando-o durante 15 dias. Em mais outros 15 e seguidamente, tomou arnal.

No 3.^o mês descansou.

.....
Em Maio tomou nóvamente arnal.

Freqüência destes casos

A febre é vulgar nos filhos de sífilíticos e mais do que se tem pensádo. A observação bem cuidada descremina-a muitas vezes, e nas suas lições deste ano, sobre o assunto que nos interéssa, o nósso Professor falou-nos dum caso bem significativo.

Teve de vêr uma menina com fébre, numa casa, em que na familia havia vários filhos.

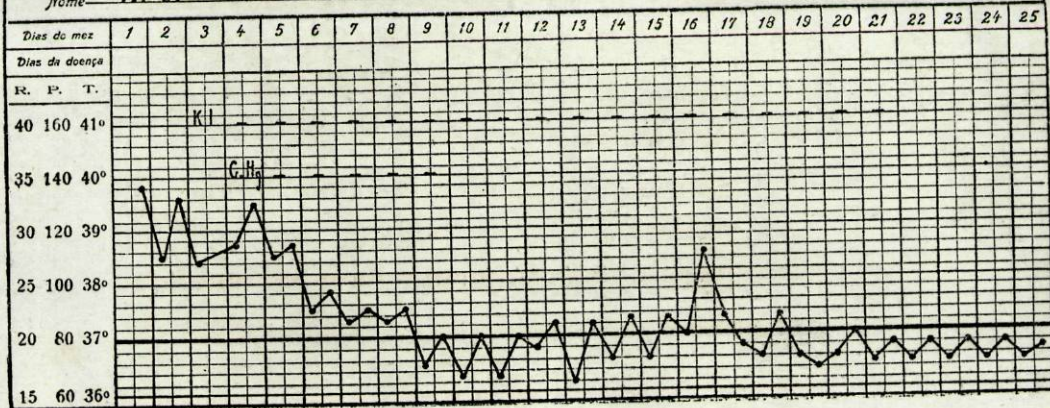
Estudando-a e sabendo que o pai era um avariádo, deu-lhe o xarope de GIBERT, com o que baixou a temperatura.

Passado algum tempo era chamado para uma das irmãs por igual razão, e o que é mais interessante, é que em todas appareceu a febre.

Isto faz lembrar a importancia que ha no tratamento regular de todos os sifilizados desde incio, e a atenção que meréce esse valiosissimo capítulo da «*profilaxia na sífilis*», sob o ponto de vista social.

Nome M. C.

1929 Mez JANEIRO



II

É uma doente tratada na 2.^a Clínica Médica, de nome M. do C. de 33 anos, viuva. Foi internada em 1 de Janeiro de 1918 e saiu em 26 de mesmo mês.

Tinha adoecido em 26 de Dezembro com:

Arrepios.

Cefalalgias.

Suóres.

Anorexia.

Quando entrou apresentava os sintomas seguintes:

Cefalalgias permanentes e violentas.

Dores nos ossos.

Dores abdominais.

Arrepios.

Temperatura de 39,08.

Desigualdade pupilar.

Reacção luminosa diminuída.

Sinal de Strumpell.

Dermografismo.

Gordon
Weill
Openheim
Babinski

} exagerados

Reflexos tendinosos aumentados.

Lipotimias.

Ruidos cardíacos apagados.

ANTECEDENTES

Cancro duro havia 8 anos.

Manchas.

Cefalalgias.

Rectite.

Tratamento anterior eficaz.

Reacção de WASSERMANN com vestígios de impedimento.

DIAGNÓSTICO

(Mielite dos cordões anterolateraes — Tipo febril irregular)

O diagnóstico da mielite é-nos dado pelas perturbações nervosas que a doente apresentava.

O de febre sífilítica de tipo irregular, pelo gráfico da temperatura. Conforme o gráfico o indica nesta doente a febre cedeu bem ao tratamento, que a extinguiu completamente em 15 dias.

TRATAMENTO

Tendo entrado em 1 de Janeiro, começou a tomar o iodeto de potássio no dia 3, prolongando-o até 21 do mesmo mez.

Em 4 começou com o uso de injecções intravenosas de cianeto de mercúrio, que prolongou diariamente até 9.

Com este tratamento melhorou, não lhe voltando a fébre.

Febre de associação

Quando falámos da classificação da fébre na sífilis e apreciámos a de FOURNIER, alguma coisa dissemos que justificava esta outra forma, apresentada na lição do nosso Professor.

Igualmente referimos a razão da sua divi-

são em { Medicamentosa
e Nosológica

Não temos entre os nossos casos, doentes que possamos apresentar neste lugar. Numa das nossas observações todavia, no II caso de febre de tipo contínuo, notámos as temperaturas reaccionais despertadas no doente pelo 914, e só por ele, visto que outra causa não havia nessa ocasião de apirexia absoluta. O iodeto de potassio tinha-a combatido e aquele medicamento despertou-a. É um facto de observação vulgar este estímulo medicamentoso, realizado pelo 914 sob a infecção ou suas lesões. Esta activação é-lhe mais peculiar do que mesmo ao 606 (GOUGEROT), pertencendo a este a primazia sobre os accidentes febrís que provóca sempre, e nisto consiste a Reacção de Herxheimer. Podemos pois dizer que *esta febre sífilítica era de forma associada e medicamentosa.*

Referente á *nosológica* falámos do caso inserto, numa revista de ginecologia que aqui não estaremos a repetir, por desnecessário.

Como este caso, ha tantos, quantas as doenças. Podemos dizer duma maneira geral, que todos os males perturbadores dum organismo sífilizado, quer porque o colóquem em

más condições de resistencia, quer porque estimulem directamente o treponema, podem fazer surgir todas as manifestações da avarióse, inclusivamente a *febre*. De entre todas é interessante destacar a tuberculóse pulmonar, porque constitue com a sífilis a associação dos dois maiores flagelos sociais, tanto pelo seu valor como pela sua frequencia, que é considerável.

SEGUNDA PARTE

CAP. I — Diagnóstico

CAP. II — Prognóstico

CAP. III — Tratamiento

CAPÍTULO I

Diagnóstico

Na apresentação dos casos anteriores, falámos do diagnóstico referente a cada um, e muitos elementos lá deixámos dispérsos que sempre interessam. Falámos dum modo especial a cada um, diagnosticando os tipos, referindo os elementos de destringa com outras doenças, mas partindo sempre de que a etiologia sifilítica estava estabelecida.

Do que agora nos occuparemos, será precisamente desta parte que nos falta, do modo como poderemos concluir que a febre é de

natureza treponemica e qual a conduta a tomar para o conseguir. O nosso primeiro cuidado será o de saber se o doente é um avariado, e os elementos a que devemos recorrer são demais conhecidos para que necessitemos daqui os referir.

Se é positivo o resultado desse estudo, em 2 partes podemos dividir o que seguidamente temos a inquirir.

1.^a É uma febre incidente num sífilítico?

2.^a Essa febre é etiologicamente sífilítica?

A resposta á 1.^a parte implica á 2.^a. Falaremos pois no que respeita ao conjunto.

Para podermos responder, aceitando ou não o diagnóstico inserto numa das perguntas anteriores, teremos de fazer um cuidado e minucioso estudo do doente, atendendo desde o mais léve sintoma ao resultado da R. de W.

O valor dos sintomas, considerando-os pelos caractéres que os acompanham, é grande e muitas vezes decisivo. O valor da R. de W. póde ser um auxiliar ou um elemento a mais. Não lhe atribuímos o valor que antigamente teve. Quando seja positivo, é um elemento para o diagnóstico da sífilis, e no nósso caso da febre,

póde dizer-nos que a sífilis não está adormecida mas virulenta, segregando substancias tóxicas.

Será pois um elemento a considerar e o direito duma afirmação só poderá ser-nos dado pelos sintômas que o doente apresentar. Isto mesmo póde não succeder, porque nem sempre a sífilis se manifestá com a feição clássica que lhe é própria e quando assim é, só um outro elemento, e este insofismavel, a *prova terapeutica*, nos dá garantias seguras do que possamos afirmar. E isto não é raro. . . .

A sífilis é uma doença que póde simular todas as outras. O nosso Professor referiu-se a um caso vindo da provincia, dum doente que se queixava de — prostração, suores nocturnos, fastio e febre. — Supunha-se tuberculoso e assim o parecia na verdade.

O descanso porém em nada o melhorou e o resultado da auscultação foi negativo. No seu passado contava — manifestações mucósas, cancros venerios e reumatismo de longe em longe.

A prova terapeutica pelo iodeto de potasio foi positiva. Era uma fébre sífilítica. Nem sempre é pois fácil, a distincção no incio.

A muitas circunstâncias pois temos de atender, e ao seu conhecimento de recorrer. Referiremos seguidamente algumas que reputamos importantes :

- 1.º — O período em que a sífilis se encontra. Já foi referido quando falámos da etiologia da fébre.
- 2.º — As lesões coexistentes, se as ha, os seus caractéres e a sua localização. Foi igualmente referido quando falamos da etiologia.
- 3.º — As condições gerais do doente (grande importância de que o apetite se conserve).
- 4.º — A possibilidade de que uma febre de causa obscura pode ser devida á sífilis, como succede muitas vezes.

Nada mais diremos sobre os auxiliares a que podemos recorrer quando precisamos fazer o diagnóstico que nos interessa, porque no decorrer deste trabalho os viemos indicando em logares que os iam requerendo.

CAPÍTULO II

Prognóstico

A febre não é por si motivo de mau prognóstico. A sua maior ou menor benignidade relaciona-se com o carácter da doença que lhe dá origem. Póde tornar-se o motivo de maior cuidado, quando o cortejo sintomático que a acompanhe, possa tomar um aspecto sério, mas mesmo em casos destes, como seja o da tifóse sifilítica, o prognóstico será em geral benigno.

Compreende-se que, como nas outras infecções, tudo dependa essencialmente de 2

condições: — a qualidade do organismo *doente* e a virulencia do treponema.

O periodo da sífilis influe tambem. Conhecemos a facilidade com que as febres prodromicas do 1.º e 2.º periodos passam, chegando mesmo a não ser notadas. Já assim não succede com os restantes accidentes febris do 3.º e mesmo do 2.º periodos, e nós temos disse algumas observações, em que as temperaturas subsistem apesar do tratamento instituido.

Apreciando porém o prognóstico, mesmo destes casos em que a febre foi de grande rebeldia, vemos que ainda aqui o terminar foi bom.

Se se trata de uma forma de localização, a sua gravidade dependerá das lesões em actividade.

Um outro lado porque temos de encarar a questão, refere-se às consequências dessa piroxia, muito embora os fenomenos febris se extingam.

Não deixará porventura sinaes ou danos que atestem a sua passagem? Póde deixar. Ha casos em que os doentes, já quando a sófrem,

acusam um estado de anemia, de languidez e de atonia gerais. Êste estado de profundo abatimento encontra-se algumas vezes, na convalescença em perfeito estado d'apirexia. Ora os doentes assim depauperados pela doença estão na contingencia de ser um terreno propício para o desenvolvimento de qualquer doença nova ou latente.

Deste modo, o prognóstico que não era mau pela doença, foi-o pelas consequências.

Um outro ponto a considerar, será o da relação que a febre terá com outras manifestações da sífilis. Sabemos que as lesões específicas, e dentre elas algumas especialmente, provocam a febre e é o caso da forma de localização. O que não conhecemos bem é a influência que a febre de evolução poderá ter no aparecimento posterior de certas localizações da doença. O doente que nos serviu de observação no tipo intermitente, quando fazia os seus acéssos sofria uma angina que melhorava quando a febre se dispunha a declinar, mas que desaparecia mais rapidamente que esta, o que indicava que lhe era subordinada. Isto nos

disse a observação; não sabemos o que á verdade corresponde, mas aqui deixamos o reparo, para quem com mais competencia e experiência que nós, o queira esclarecer.

Ainda sobre este ponto, a observação nos diz que as lesões com que a febre anda o mais das vezes associada, são :

- 1.º — Manifestações múltiplas e sobretudo nervosas.
- 2.º — Fórmias de tendência visceral, interessando no período secundário os sistemas, nervoso, gastro-intestinal, cardio-vascular, etc.

Esta parte importa ainda sob o ponto de vista do prognóstico e pena é que tão mal conhecida seja ainda.

Concluindo, diremos ser nosso parecer que a febre sífilítica é por si benigna e que quando associada apenas concorrerá para a malignidade do conjunto.

CAPÍTULO III

Tratamento

Podemos dizer de uma maneira geral, que toda a medicação antisifilítica favorece o tratamento da febre. Nesse caso está a mercurial a arsenical e a iodada.

Algumas vezes foram associadas no tratamento dos nossos doentes.

O poder combatente varia para cada uma delas e é por isso que apresentamos as nossas considerações encarando separadamente, o *tratamento inicial* e o *tratamento consecutivo*.

Tratamento inicial —

O tratamento inicial, o que é mistér fazer ao dignosticarmos uma febre etiologicamente sífilítica, entendemos que deve ser organizado com o *iodeto de potassio*. Isto não é uma afirmação vã, mas a conclusão que é forçoso tirar da obserção conscienciôsa.

Não procuramos, para o demonstrar, razões estranhas, preferimos utilizar aos que as nossas observações nos fornecem.

Em todos os nossos doentes, houve ocasião de verificar a eficácia do iodeto, e dum modo tão perfeito como extraordinário.

Percorrendo-os, lá vemos que este medicamento ministrado no dia do diagnóstico, atenuava a febre no dia imediato e extinguia-a 2 a 4 dias depois. Em todos os doentes o seu valor se assinalou.

Mas ha um caso que aqui chamamos e a que já nos referimos outras vezes, porque ele é tão interessante como fecundo em ensinamentos.

É a nossa observação experimental por

excelencia. Falamos do doente A. da C. que apresentou uma febre de tipo intermitente. Voltemos pois a observar o seu gráfico e a percorrer o tratamento com os seus resultados. Entrou em 11 de Setembro com $38^{\circ},5$; em 12, fez $39^{\circ},2$; em 13, $38^{\circ},9$. Tomou neste dia o iodeto. Em 14 fez $39^{\circ},1$ e em 15 á tarde, $36^{\circ},5$. Continuou com o medicamento até 30 do mesmo mez e a sua apirexia prolongou-se até 14 de Outubro. O iodeto fez pois cedêr a febre e ainda, o seu efeito prolongou-se durante mais 14 dias. E não póde dizer-se que isso fosse devido ás injecções de benzoato de mercurio que começou no dia 2, porque, e isto é importante, a febre voltou quando já contava 7 applicações. O doente foi deixado sem iodeto, tomou ainda uma injecção, mais, e o que succedeu, foi continuar a febre dum módo crescente. Em 19 tomou o iodeto tendo 39° ; em 20 tinha $37^{\circ},7$ e em 21 estava apirético. Este tratamento acabou em 31 immediato e 5 dias depois reapareceu a febre que nóvamente foi combatida em dois dias.

Desta vez foi demorada a medicação durante 25 dias, sem temperaturas febris. Deixou então

o iodeto e começou com o cacodilato de sódio. A febre voltou sem obediência a este novo medicamento, para nova e definitivamente cedêr ao iodeto.

Depois disto que é a verdade nascida da experiencia, que outros elementos serão necessários, para garantir o que afirmamos?

Será fóra de razão dizermos, que quando no incio pretendemos combater a fébre, devemos recorrer ao iodeto de potassio, porque só ele nos garante prontamente o resultado desejado?

Nós não inventamos, apenas repetimos o que a observação nos ensina. Vemos que a febre cedeu ao iodeto e foi irreverente perante os compóstos de mercúrio e arsenico.

E, no que respeita ao arsenico, podemos ainda citar o caso de febre continua, do doente J. J. P.

A febre tinha cedido ao iodeto.

Fez 4' injeccões de 914 e com elas surgiu novamente, embora pouco elevada. A que appareceu depois da 1.^a injeccão, podemos chamá-la reaccional; foi despertada pelo tratamento e não é outra que a primitiva entorpecida pelo iodeto de potássio.

Mas, depois de declarada, apesar do tratamento pelo 914, prolongou-se ainda uns dias, depois da 4.^a injeção. Notamos aqui um papel curativo deste composto arsenical, mas só realizado a longo prazo. É um ponto mal estudado ainda este do valor do arsenico no tratamento da febre sífilítica, mas o que dizemos, algumas indicações pode fornecer a quem mais atentamente tenha ocasião de o investigar.

De tudo o que deixamos dito, ainda tiramos como conclusão, a primeira, afirmação, de que num caso de febre treponemica, devemos instituir o tratamento iodetado, com vantagens sobre outro qualquer.

Tratamento consecutivo

Por esta denominação compreendemos, o tratamento posterior da sífilis, depois de extinta a febre inicial.

Isto refere-se, claramente, á febre de evolução. Na febre de localização, preferiremos desde o início um tratamento mixto.

Mas, considerando ainda a forma anterior, diremos que tratar a sífilis, será fazer a profilaxia da fébre. O doente que faz estas temperaturas, indica a virulencia da sua infecção e por isso a necessidade de a combater. Não prevenimos assim o doente, sómente contra a fébre, mas contra toda a série de manifestações as mais variadas e sérias. Julgamos pois da maior importancia esta medicação posterior.

Muitos são hoje os preparados que a prática usa, variando segundo a preferencia de cada um. A sua base é constituída pelo mercúrio, arsenico e iodeto de patássio. São de uso corrente e de mais conhecidos para que possa ser util citá-los aqui.

A nossa admiração pelo iodeto, transparece das nossas considerações, porque muito sinceramente a sentimos. Não é o único medicamento que ao nosso caso presta serviços valiosos, mas é a nosso vêr o que em maior escala o faz.

Tudo isso lhe faz merecer da nossa parte, umas notas que a seguir referiremos muito rapidamente.

Iodeto de potássio

LIGEIRAS CONSIDERAÇÕES

É bem conhecido. Um sal branco cristalizado em grandes cubos, inodóro, de sabor picante e desagradavel. Muito soluvel na agua, facilmente absorvível pela mucósa e muito diffusível.

Percorre toda a economia e vinte minutos depois de ingerido aparece na urina.

WALLACE (DE DUBLIN) foi o primeiro a constatar o seu alto poder contra a sífilis, que publicou em 1836 (LANCETTE ANGLAISE).

RICORD seguiu-o e averiguou a sua maior acção nos accidentes terciarios, divulgando o seu emprego. Os seus efeitos são maravilhosos neste periodo sobre certas manifestações, como nevralgias e exostóses. É um remédio perfeito (FOURNIER.)

SUA IMPORTANCIA NO TRATAMENTO DA SÍFILIS

É absolutamente necessário nas curas mercuriais. Temos observado a utilidade do

tratamento mixto, cujas vantagens são superiores ao mercurial simples. Interpretava-se isto antigamente, como uma propriedade do iodeto, em dissolver ou pôr em circulação de qualquer modo, o mercurio acumulado no organismo.

RICORD disse: — «Seis mezes de tratamento mercurial seguidos de tres de iodeto eis a medicação mais estável.»

Hoje porém, interpreta-se diferentemente a razão da sua acção e attribue-se ao poder antisifilitico extraordinário que lhe pertence. A observação dá-nos curas só por si realizadas, na ausencia absoluta de mercuriais, como nos casos de terciarismo.

FOURNIER disse: — «Ninguem contesta o que é incontestavel, as *virtudes curativas* do iodeto que são tão evidentes como maravilhosas».

Referindo-se ao seu papel preventivo de manifestações, é sua opinião que neste caso o mercurio lhe é superior. È pois pelo seu valor curativo que o admira e que o acha sublime. Referindo-se á extensão da sua

acção, diz que não se encare o iodeto sómente como corrector de lesões ou sintômas, mas como um antisifilitico verdadeiro. As suas curas só pôdem ser interpretadas, partindo deste principio.

Ao que deixamos dito é necessário acrescentar que este medicamento não prejudica o estado geral, antes o melhora, sendo por mais esta circumstancia um remédio pefeito.

MODOS DE ADMINISTRAÇÃO

— DÓSES —

São 3 os modos como tem sido usado:

— *Pela boca; em clistéres e em injeções hipodérmicas.*

O processo hipodérmico é uma curiosidade clinica, só aconselhavel quando os outros não são viaveis.

Isto pôde dar-se em doentes com pêrda de conhecimento e relaxamento dos esfínteres.

O método dos clistéres é usavel em caso

de intolerancia gastrica. Limpa-se o intestino com uma lavagem prévia e pôde depois usar-se a fórmula seguinte :

Iodeto de potassio ..	dois gramas
Agua fervida.....	duzentas gramas

Podemos juntar-lhe algumas gotas de laudano que favorecerá a absorpção.

A via gastrica é a usada, sempre que não haja contraindicação especial e isso será em $\frac{99}{100}$ dos casos.

A prática tem ensinado que o estomago o toléra tanto melhor, quanto mais diluido fôr. Usá-lo-emos só em soluto ou xarope.

Quanto á dose em que devemos aconselhá-lo, podemos estabelecer a média seguinte :

Para um homem adulto de média constituição — tres gramas por dia.

Para uma mulher em identicas circunstancias — dois gramas por dia.

Estes numeros, não poderão ser imutaveis mas deverão sujeitar-se ao critério clínico. Devemos variar as doses segundo os indivíduos

e ainda segundo o estado e carácter da doença.

A compleição do doente tem de ser tomada em conta.

Quando fazemos um tratamento preventivo, a dose a usar será menor do que a que utilizaremos quando combatemos manifestações graves.

Não podemos estabelecer aqui uma orientação, ela cabe a cada clínico e difere para cada um.

ORIENTAÇÃO DO SEU USO

Quando entendermos receitar o iodeto, teremos de atender á intolerancia maior ou menor que o doente pode oferecer.

A intolerancia gástrica é das manifestações do iodismo, a mais vulgar e a que nos dá melhores indicações sobre a forma como o organismo recebe o medicamento.

Para a evitar, e isso é o nosso interesse, parece racional que se deveria começar por doses mínimas, ir gradualmente subindo até á dose que desejassemos máxima. Mas a experiencia tem ensinado, que são precisamente

estas pequenas doses que mais frequentemente provocam taes phenomenos de intoxicação.

Em virtude disso foi abandonado esse processo.

Hoje, ministra-se o iodeto em dose consideravel de início (2 gr.) e sem grandes variantes.

FOURNIER com a sua longa observação entendeu concluir, que devia usar de início as doses seguintes:

Para um homem adulto — 2 gramas.

Para uma mulher adulta — 10 a 15 decigramas.

Estão hoje dacordo todos os sifiligrafos, em que o tratamento pelo iodeto, é mais proficuo quando feito em doses sucessivamente crescentes, do que conservando-as fixas desde o começo. Podemos pois começar pelas doses iniciais de FOURNIER, subindo até onde o nosso critério o entender, porque terá de subordinar-se a certas indicações, especiais a cada caso.

Nos nossos doentes as doses usadas foram de 15 a 25 decigramas e com elas foram obtidos os resultados desejados.

No tratamento da febre sifilitica bem neces-

sitamos de doses tão elevadas como no de certas manifestações terciarias.

Preferiremos para o iodeto de potassio o tratamento intermitente.

Dum modo geral podemos dizer :

1.º O iodeto associado aos mercuriaes favorece a sua acção em qualquer época da sífilis.

2.º A partir do 2.º ano, são uteis os tratamentos pelo iodeto de potassio, mesmo alheios aos mercuriais, podendo o seu uso ser regulado do modo seguinte :

No 3.º ano, 3 ou 4 curas de 3 a 4 semanas.

No 4.º » » » » » » » »

No 5.º » 2 » » » » »

VISTO.

PODE IMPRIMIR-SE.

Thiago d'Almeida.

Maximiano Lemos.

Bibliografia

- THIAGO DE ALMEIDA — *Lições de Clínica Médica* no curso de 1918-1919.
- ERNESTO DE AZEVEDO — *Febre syphilitica.*
- ALFRED FOURNIER — *Traitement et leçons cliniques sur la syphilis.*
- H. GOUGEROT — *Le traitement de la syphilis en clientèle.*
- F. COURTEAUX — *De la fièvre syphilitique* — 1871.
- AD. MORIN — *Typhose syphilitique* — 1888.
- CHARLES VIALANEIX — *Sur la Fièvre syphilitique prodromique de la période secondaire* — 1889.