

GUMERCINDO SOARES

PANSÍFILIS?

(Considerações sôbre o domínio da sífilis)

“O «Treponema pallidum» é o
parasita máximo da célula humana.”

PROF. SOUSA JÚNIOR.

“L'in vraisemblable est vrai
en matière de syphilis.”

GOUGEROT.

TESE DE DOCTORAMENTO
apresentada à
Faculdade de Medicina do Pôrto

21418 F47

JANEIRO MCMXXV



PANSÍFILIS?

PORTO
TIPOGRAFIA PROGRESSO
de Domingos A. da Silva
Rua Dr. Souza Viterbo, 91

GUMERCINDO SILVEIRA MACHADO SOARES

PANSÍFILIS?

(Considerações sôbre o domínio da sífilis)

“O «*Treponema pallidum*» é o
parasita máximo da célula humana.”

PROF. SOUSA JÚNIOR.

“L'in vraisemblable est vrais
en matière de syphilis.”

GOUGEROT.

TESE DE DOUTORAMENTO
apresentada à
Faculdade de Medicina do Pôrto

JANEIRO MCMXXV

Faculdade de Medicina do Pôrto

Director — Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães

Secretário — Dr. Hernani Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior.
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Patologia cirúrgica.	Dr. Carlos Alberto de Lima.
Dermatologia e sifilografia	Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Anatomia patológica	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior.
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Clínica cirúrgica.	Dr. Alvaro Teixeira Bastos.
Psiquiatria	Dr. António de Souza Magalhães Lemos.
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Histologia e embriologia.	Dr. Abel de Lima Salazar.
Pediatria.	Dr. António de Almeida Garrett.
Patologia medica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Bactereologia e doenças in- fecciosas	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Anatomia cirúrgica.	Dr. Hernani Bastos Monteiro.
Clínica obstétrica	Dr. Manuel António de Morais Frias.
Fisiologia geral e especial	Vaga.
Farmacologia	Vaga.
Parasitologia e doenças pa- rasitárias	Vaga.


PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias.

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.


(Regulamento da Faculdade, de 23 de Abril de 1840, artigo 1.550).



À memória dos meus Mortos

Minha Mãe

Meu tio António.



A meu Pai

... única página deste trabalho
que me satisfaz completa,
absolutamente...

“Purinha,,

O Espirito, a Nuvem, a Sombra, a Chymera,
Que (aonde ainda não sei) n'este Mundo me espera

.

Fui ter com minha Fada, e disse-lhe: «Madrinha!
Mas pode haver, assim, na Terra uma Purinha?»

E a minha Fada com sua vara de marfim
Nos ares escreveu com tres estrellas: «Sim!»

(Só, ANTÓNIO NOBRE).

Desventurado Poeta que acreditaste!...

Mas, — ingênuos que todos sômos! — também eu acreditei, também quero
crer na minha «Fada!»

O mixto de prazer e pesar que eu sinto
em não oferecer!...

À minha “belle-soeur” Beatriz

(pois não é verdade que não há palavra portuguesa que corresponda inteiramente a “belle-soeur”?)

A meu irmão Luís

e a seus filhos e meus sobrinhos

María Eugénia

María Antónia

Luís Manuel.

Aos meus companheiros de prisão em Janeiro
e Fevereiro de 1919,

especialmente a

Artur Melo

Luciano Moura

José Antero de Sá,

recordando aquelas horas de sofrimento,
emoção e esperança, que juntos vivemos.

Aos meus antigos condiscípulos, contemporâneos e amigos
desde a primeira hora que nos vimos

Dr. António Correia da Silva Araujo

Dr. António Pinto de Meireles

Dr. Carlos Pinto de Meireles

Dr. Manuel Bento da Rocha Peixoto.

Aos meus condiscípulos,

particularmente a

Dr. Germano Campos Monteiro

Dr. Alfredo Rezende

Dr. José Maria Saraiva d'Aguilar

Dr. Jaime dos Santos Rodrigues

Dr. Armando Leite Bastos

Dr. José Mendes Moreira

a todos junto no mesmo abraço.

Ao

Dr. Eduardo Ferreira dos Santos Silva,

Grande Médico e meu querido Amigo.

Ao meu Grande Mestre e ilustre Presidente de tese

Prof. Sousa Júnior

Não fui seu aluno, mas tenho a honra
de ser seu discípulo.

A TESE

Impressões da clínica

«Sortis de l'école nous croyons la médecine achevée. Nous ignorons notre ignorance, quand nous ne savons pas la découvrir, cachée sous des mots et des affirmations».

LEREDDE.

... «ici comme ailleurs, la véritable attitude scientifique, c'est l'esprit de soumission au fait».

ROUSTAN (*Leçons de Philosophie*).

... «eu nunca pude amar ou detestar senão com febre, nem mentir tam pouco á minha consciencia e aos que me leem, seja qual fôr a coisa grave que eu ganharia ás vezes mais em calar, e elles perderiam mesmo em conhecer».

FIALHO DE ALMEIDA.

IMPÕE a lei, como remate ao curso de medicina, a apresentação duma tese, e contra essa imposição é costume, com raras excepções, logo em antelóquio ao trabalho imposto, insurgir-se o novo médico. Pois que nunca me esquivei a expôr, franca e livremente, a minha opinião, entendo não dever calá-la agora, sem cuidar obedecer a uma praxe ou a ela ser arredoio.

Penso que escrever ou falar sem nada ter a dizer, é um acto, pelo menos, pouco honesto, a menos que seja imposto. E a lei obriga... «*Dura lex*»...

De facto, ao concluir o curso de medicina, tudo quanto de importante sôbre medicina se tem a dizer, ficou dito e escrito nos trabalhos escolares e nos actos, e alguma coisa que então se não exteriorizou, ali está nos manuais, nos compêndios didacticos, nos tratados... Daí a clássica falta de assunto.

E ao sair da Faculdade, realizadas as provas do nosso saber, com altas ou mediocres classificações, mas sobretudo com as altas, a que até se chama muitos *valores*, com tanto *valor* se julga o estudante da véspera que, efectivamente, supõe estar de posse da sciência médica!

E se a memória falha, ali estão os tratados...

Ora os tratados definiu-os magistralmente, se não me engano, um dos mais ilustres professores da nossa Faculdade: são túmulos onde jaz a sciência morta...

Mas, na verdade, teem os tratados um alto valor — o que a história da sciência lhes confere...

Lançado na vida prática, ao sentir pesar inteira sôbre si a tremenda responsabilidade de cuidar de um doente, o novel clínico reconhece — aquele que reconhece — que *ignorava a sua ignorância...*

É necessário viver a vida médica para colhêr impressões pessoais que venham a formar um critério próprio — e quando se tenha um critério pessoal sôbre a sciência abraçada, já o assunto não falta, já a tese se compreende. Nesta altura a tese pode ter valor: para quem a escreve — porque teve de registar as suas impressões e teve de ler e reflectir para as justificar; para quem a lê — porque é sempre interessante e proveitoso conhecer o prisma através do qual um médico vê a medicina...

E que belos depoimentos teriam feito tantos rapa-

zes de espírito brilhante, alguns dos quais se esquivaram pela porta que da medicina dá para a literatura, e outros, obrigados pela necessidade urgente da «carta», se limitaram a apresentar mais um «relatório»!...

Mercê de condições especiais, pude esperar; e por de mais esperei em virtude de um conflito que abalou há já dois anos o meu espírito—e tão violento foi êsse abalo que só agora—dois anos decorridos!—consigo a serenidade bastante para depôr perante os meus ilustres professores.

Nos primeiros tempos do exercício da clínica, gravam-se no nosso espírito impressões que se reflectem pela vida fora e dão uma directriz ao senso clínico do novo médico.

Pois que sinto que o meu critério médico, porventura longe de um estado definitivo—se possível é um médico com definitivo critério—resulta mais das impressões colhidas na vida prática do que nos trabalhos escolares, não resisto, embora rapidamente, a referir-me a elas.

Nunca tive a fobia da responsabilidade, mas ao ser chamado para ver e tratar—eu só!—um doente, confesso que hesitei, não sei mesmo se estremei...

Ao aproximar-me—sósinho!—do leito dos doentes, uma impressão consoladora predominou sobre qualquer outra: a simples acção de presença do médico, aliviando, confortando o doente e os seus entes mais queridos!

Um dia fui chamado a ver um doente, operário, pela mulher aflita, porque o seu marido estava «a morrer havia dois dias com uma dor». Algo atrapalhado, fui. Tratava-se duma infecção gripal, acompanhada de violenta pleurodínia.

Ao dizer as primeiras palavras e ao tomar o pulso,

o doente exclama: «Ah! sr. doutor, que passou agora a dor!» Ainda nada tinha feito, e a dor tinha passado para não mais voltar.

Um doente, a quem mais de espaço me referirei, neurasténico e nosofóbico, supondo-se afectado de tuberculose intestinal, e convencido que não dormia um só instante havia quatro meses, no momento da minha primeira visita dizia estar eminente a morte, e afirmava que há 24 horas urinava muito pouco. Examinei-o, tranqüilizei-o, e garanti-lhe que urinaria mais e dormiria essa noite, com uma hóstia que lhe ia dar. Ao outro dia, o mais cedo que pude, fui ver o doente: tinha dormido! A hóstia tinha sido... de teobromina.

Outra doente, mulher de 50 anos, vendedeira de frutas, muito ignorante e supersticiosa, estava muito doente havia dois meses e sem assistência médica porque já dois médicos, dizia a família, a tinham deixado. Pedi-ram-me para a tratar e eu... não pude fugir! A doente não ingeria coisa alguma havia muito tempo, pois tinha vômitos constantes e, informava a sua *entourage* e a própria doente, «deitava pela bôca um pus de muito mau cheiro e sabor». Dizia a enfôrma que lhe rebentavam na bôca bôlhas de que saía o suposto pus. Estava na realidade num estado de extrema fraqueza. Fiz com muito cuidado o exame da doente, e nada observei de anormal além de saliva muito espêssa, pois cuspi constantemente. Tinha adoecido havia dois meses com uma infecção intestinal de que foi tratada por um colega, e curou. O médico despediu-se... mas a doente é que não se convenceu de que estava curada e não saiu da cama, nem se alimentou. Entretanto, tem adenites retro-maxilares, que supuraram, e, tratada por outro clínico, cicatrizaram. Ainda desta vez a doente resolveu... ficar doente, mesmo contra a opinião

do médico! Passadas semanas vejo-a no estado descrito, e formei esta opinião: a supuração abundante das adenites retro-maxilares causara à doente grande repugnância e, não se convencendo da cura, supôs que o pus passara a sair pela bôca; daí a impossibilidade de ingerir alimentos, e os seus vômitos, puramente psíquicos. A mulher estava, pois, a morrer... de inanição!

Expús como pude a minha maneira de ver, procurando, e afinal conseguindo, convencer a doente que eu, médico, tendo feito mirabulantes operações, que no momento imaginei e descrevi, para a impressionar, sempre sabia alguma coisa mais de doenças... do que ela! Portanto, tinha autoridade — pois para que havia eu estudado anatomia? — para a proibir de vomitar, e ali punha em prática essa autoridade: não vomitaria mais! E o caso é que a mulher não tornou a vomitar... Ainda na minha presença, ingeriu uma chícara de leite, e nos dias seguintes foi-se alimentando.

Outro, temperamento histérico, filho e neto de histéricas, tem uma febre tifóide, que evoluciona normalmente até à recaída. Esta recaída, que se dá quando o doente entrava em convalescença, coincide com uma emoção forte produzida por uma causa insignificante, que o temperamento do doente avultou enormemente: partiu um termómetro que dizia ser de muita estimação do pai. Simples coincidência ou explicação satisfatória da recaída, dado o temperamento muito particular do doente? O certo é que as pessoas que mais de perto privavam com o enfêrmo garantiam não ter havido o mais ligeiro desvio de regime.

E seguem-se horas angustiosas de dúvida e sofrimento — um sofrimento que eu supunha ligar para sempre pela gratidão, amizade e respeito as pessoas que juntas o sofreram...

A temperatura do doente anda, dias e dias, à volta dos 40º, o doente entra de delirar uns horríveis delírios em que a morte é a preocupação permanente, e simula por vezes a agonia... Eu descobro a simulação e, inspirado pelo tratamento da patomímia que em páginas inesquecíveis Dieulafoy descreve, revelo ao doente, mesmo no estado subconsciente em que se encontrava, as suas simulações, patenteando que não me tinham passado despercebidas, e consigo dominá-lo de tal modo que oriento os seus delírios num sentido optimista: não voltou a falar em cemitérios, em grinaldas, em capelas, na morte...

O doente entra em cõma—cõma que durou horas, dias—nem eu sei!—que não tinham fim—mas eu domino-o de tal modo que, a-pesar-de rodeado de pessoas extremamente carinhosas, o agonizante só da minha mão ingere os líquidos que lhe eram alimento...

E senti então, intenso, o orgulho de ser médico!

Numa das suas simulações de agonia, o doente despede-se dos que o rodeiam, e quando eu esperava, ao referir-se a mim, ouvir palavras de amizade consolidada pela solidariedade na Dôr, ouvi um agradecimento—por junto do seu leito ter eu levado alguns dos mais ilustres clínicos... e não lhe custar isso um centavo!

O doente é um bom comerciante, todo dedicado á sua profissão, e naquele momento, frenado pela febre o seu consciente, revelavam-se, nítidos, o seu subconsciente e inconsciente...

Mas num delírio não poderemos apreender, tendo em conta, é claro, as deformidades que lhe são próprias, o perfil moral de um doente?

Este doente contraíra há anos a sífilis de que parece ter sido bem tratado, e fortes suspeitas tenho de que seja

um hereditário, pois uma irmã tem tido vários abôrtos e filhos mortos em tenra idade, outra apresenta sofrimentos como, por exemplo, cefaleias, e estigmas dentários de forte suspeição, a mãe, histero-neurasténica, é uma bacilósica pulmonar curada, com a respectiva hipertrofia cardíaca, a avó materna foi vitimada pela bacilose, etc.; a esposa teve dois ou três abôrtos, que muito bem podem ser explicados também por uma possível hereditariedade.

Ora, antes ainda da recaída, o Prof. Tiago de Almeida aconselhou o iodeto de potássio, e, logo que o doente o tomou, a temperatura desceu. Depois, já a convalescença, enfim, se anunciava, a febre, resistente, permanecia, e, a conselho de um distinto médico, foram feitas fricções de colargol. Como a febre não descesse, lembrei-me de substituir a fricção de colargol pela fricção mercurial e o doente entra imediatamente em apirexia.

Simple coincidência?

O doente cura, e o que pouco depois se deu constituiu — permita-se o desabafo! — desilusão tamanha que ter-me-ia endurecido o coração — se eu não fôsse médico! É que um homem de coração empedernido não pode ser médico...

Não é santo quem quere; mas não é difícil a quem quere convencer-se da necessidade de indulto que, no dizer de Fialho, temos todos... Pois que o novo médico, que pela própria natureza da sua profissão, tem de se aproximar tanto quanto possível do santo, se sacrifique, viva e sofra com os seus doentes — mas não se iluda contando com uma amizade a que se julga com direito! O aviso aí fica para os mais novos que me lêrem, pois a desilusão é tão dolorosa, é tão torturante!...

Mas estava colhida, através destes e doutros

casos, uma impressão pessoal: a importância da acção moral do médico junto do doente.

E pensei então em escrever alguma coisa sobre psicoterapia...

Bastante tempo depois li, e não resisto a transcrever, tornando embora paupérrima a minha pobre prosa, esta prosa riquíssima de Fialho de Almeida ¹, a propósito de Sousa Martins: «E' superfluidade explicar, já neste tempo, que muitos remedios de farmácia teriam uma acção simplesmente pallida e paliativa sem o reforço de certas medicações de natureza psychica e moral com que a fascinação pessoal do medico hypnotisa e afeiçoa naturezas suggestionaveis de doentes.

Em muitos casos esta sugestão vai quasi até onde o medico deseje, e isto forçosamente lhe dará sobre o doente uma ascendencia moral indisputada, cujo manuseio seria funesto entre mãos d'alguem que não tivesse um character de santo, e vistas d'apostolo sobre as miserias da pobre humanidade. Em quanto houver doentes, mulheres e gente aflicta, o papel do confessor *meneur* é tão necessario á vida animica, como na física o do ar, nos fenómenos d'oxigenação pulmónica arterial».

E depois de procurar demonstrar que esse «papel de confessor *meneur*» cabe ao médico, Fialho continua: «Pela sua porfiada assistencia as dores humanas, pela filiação mórbida que a medicina de hoje estabelece as vesânicas e accessos psychicos, os mais vários, pelo estudo dos typos pathologicos que no trato sucessivo das famílias o medico profunda e chega a definir para o horoscopo das futuras gerações, que outro profeta amigo, que outro apostolo confidente, que outro hypnotisador de crises

1 Fialho de Almeida: *Figuras de destaque*— «Sousa Martins».

escolher para o penso das chagas reconditas e para a desinfecção dos grandes lodos da consciencia? » E mais adiante: « Pela sua continuada assistencia ao drama humano, nenhum juiz como o medico para nivelar e razeirar os homens no mesmo rebanho triste e claudicante, para bem sentir que bons ou maus, todos esses pobres bichos se equivalem, e dentro da vileza commum as austeridades não sejam senão apparencias guardadas, que nem acrescentam o culto da virtude, nem tornam mais nefanda a pratica do vicio, visto a necessidade de indulto que teem todos... »

Mas foi muito antes de ter lido isto que pensei em escrever qualquer coisa sôbre psicoterapia...

É então que uma tempestade desfaz uns castelos lindos que o meu sonho andava a construir... E quem há aí que se não comova ao ver desbaratados os seus primeiros sonhos, mesmo ao reconhecer que nada mais eram.. do que sonhos?

Um facto importante se dá nesta altura que orienta o meu critério de médico para outros rumos: a minha convivência com os grandes clínicos, meus Ilustres Mestres e queridos amigos, Prof. Sousa Júnior e Dr. Santos Silva.

Uma noite, alguém, que eu muito estimava, veio pedir-me para ir ver uma senhora de há muito doente. Adoecera havia meses, ao que parece de encefalite letárgica, e melhorara consideravelmente, mas nunca se restabelecera. Observei, fundamentalmente, a existência nítida de abundante derrame da grande cavidade pleural esquerda e loucura cardíaca. Comuniquei à família o meu diagnóstico e aconselhei a que fôsse chamado um mestre da medicina, para se assentar num plano terapêutico. Veiu Sousa Júnior.

Tratava-se duma pleurisia serosa com raros bacilos de Koch, e Sousa Júnior pôs em prática o método de auto-seroterapia de Gilbert, de Genebra, e, concomitantemente, o tratamento anti-sifilítico pelo cianeto de mercúrio.

Durante o tratamento a doente apresentou perturbações, que não sei se deva atribuir à reacção de Herxheimer, se a fenómenos de coloidaclasia, e icterícia, mas os resultados finais foram brilhantes: o derrame absorveu-se completamente, deixando aderências pleurais consecutivas, a aritmia desapareceu, a doente rapidamente ficou apirética, curando, em suma.

Desta doente, Sousa Júnior reservava sempre um pouco de líquido pleurítico e levava-o em frasco esterilizado, para tratar com êle um tuberculoso pulmonar com pequenas cavernas. Vi e ouvi, já curado, êste doente que, confrontando o seu estado anterior ao tratamento com o actual, dizia maravilhas. Também lhe tinha sido feito, ao mesmo tempo, tratamento anti-sifilítico.

Sousa Júnior julgou de bom sinal o aparecimento da icterícia na primeira doente, e atribuiu-a, para o tratamento do segundo, maior valor ao líquido pleurítico bilisado.

Vi depois alguns doentes, e tive notícia doutros, cêrca de 15, tratados por Sousa Júnior pelo método de Gilbert, sendo os resultados obtidos demonstrativos do valor da auto-seroterapia, se assim se deve chamar ao tratamento pelas injeções subcutâneas ou endovenosas do próprio líquido pleurítico, na cura da pleurisia tuberculosa. A todos êstes doentes era feito, concomitantemente, tratamento anti-sifilítico, pois **em todos foi descoberta a sífilis**, adquirida nuns, hereditária na maior parte dos casos. Eu não tinha tido notícia

do método de Gilbert, pois os tratados só acidentalmente a êle se referem, e, habituado como estava a ver no hospital fazer toracenteses, era o método novo... para mim. Resolvi-me então a estudar... a novidade.

Averigüei logo que Gilbert, de Genebra, apresentara em 1894, ao congresso de medicina realizado em Roma, o novo tratamento da pleurisia, e que pouco antes, em 1891, pela primeira vez era empregada a palavra *auto-seroterapia* por Debove e Remond para designar o tratamento, pela primeira vez também empregado, da peritonite tuberculosa por injeções sub-cutâneas do próprio líquido ascítico. No método de Debove e Remond o líquido, antes de injectado, era prèviamente filtrado através dum filtro Chamberland e os resultados foram duvidosos, pelo que o processo foi abandonado.

Tive a satisfação de saber que um português, Joaquim Evaristo, ensaiou, em 1898 ¹, no tratamento das várias formas de tuberculose, o líquido ascítico da peritonite tuberculosa, e fiquei com a impressão, mas falha-me a certeza, que a Joaquim Evaristo coube a glória da primazia do emprêgo do líquido ascítico não filtrado e de tornar extensivo o método ao tratamento de outras formas de tuberculose, além da peritoneal, isto é, da hétero-seroterapia, ou seja a injeção do líquido ascítico dum individuo noutro.

E dos casos observados Joaquim Evaristo diz que os resultados foram sempre muito apreciáveis, quer sôbre as lesões pulmonares, quer sôbre o estado geral. E para se avaliar do interêsse das observações de Evaristo, não resisto a transcrever a primeira e a segunda, visto a pri-

¹ Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa — *A Medicina Contemporânea*, 1898,

meira não ser de tuberculose pulmonar: 1.^a «uma rapariga com lesões de natureza tuberculosa nos globos oculares (penfigo) e na face (lúpus), que estivera no instituto oftalmológico, pois as lesões oculares dificultavam a visão a ponto da doente precisar andar acompanhada.

Depois de 10 injeções, a doente encontrava-se com o lúpus completamente curado e as lesões oculares melhoradas a ponto de já poder andar só e, em vista do seu estado satisfatório, a doente foi para a terra da sua naturalidade».

Apreciando êste caso, o Dr. Xavier da Costa diz «ter tido ocasião de apreciar os benefícios colhidos, pois a doente, antes de ser tratada pelo líquido ascítico, esteve muito tempo no instituto oftalmológico em tratamento médico e cirúrgico de tracoma penfigóide resistente e progressivo, que descreve minuciosamente; aí lhe apareceram as primeiras manifestações lúpicas na narina e na face esquerdas. Viu-a depois, com o lúpus cicatrizado, e muito melhorada das lesões oculares.

Sobre a natureza da lesão da face não pode haver dúvida, porque fez o exame histológico de fragmentos em que, se não encontrou bacilos, encontrou a constituição histológica do lúpus».

2.^a — «Rapariga de 19 anos, filha de pescadores, mãe morta de tuberculose. Ao começar o tratamento: grande emagrecimento, suores profusos, tosse, expectoração com bacilos, acessos febris (38°); à auscultação, tuberculos em fusão no vértice do pulmão direito.

Iniciado o tratamento em 15 de Julho, terminou a 16 de Outubro; a dose máxima empregada foi de 4 cc. As melhoras fizeram-se sentir no estado geral, no desaparecimento dos bacilos na expectoração, diminuição dos suores, etc; do lado do aparelho pulmonar sómente se

encontra uma certa aspereza na respiração. Voltou para a terra por estar curada, e aí continua trabalhando».

Câmara Pestana, apreciando os resultados colhidos por Evaristo, diz «ter estudado, quer no campo experimental, quer na clínica, muitos dos tratamentos propostos para a tuberculose e ainda nunca conseguiu benefícios tão assinalados, especialmente do lado do aparelho pulmonar, como os apontados por Evaristo».

E na leitura das revistas feita com o fim de conhecer a história e evolução do método de Gilbert, e o seu estado actual, embrenho-me pelo estudo da auto-seroterapia, hétero-seroterapia, hemoterapia... e surgem a colóido e proteínoterapia, os diversos processos de des-sensibilização, etc., etc.!

E' uma revelação para mim, e compreendo então a definição: os tratados são os túmulos onde jaz a ciência morta. E sinto palpitar, exuberante de vida, de transformação, de criação, numa curva de vertigem, a ciência médica! Às vezes é uma idea que nasce, avulta e forma doutrina; outras vezes é uma idea que renasce, fundamentada agora em melhores bases, moça como se fôsse nova!

E a Medicina aparece-me agora como uma Ciência e uma Arte em permanente evolução, em contínua transformação, vivendo sempre uma seiva constantemente nova—nova surgindo, velha remoçando—num progredir quasi vertiginoso para um limite que nos parece prestes a ser atingido, mas que se afasta ao atingi-lo illusoriamente: a perfeição!

Descubro a ignorância que eu ignorava, e compreendo que o médico, para merecer esse nome, tem de se entregar todo—alma e coração!—à medicina—e quando chegar a muito velho, tendo observado, estudado

e meditado a vida inteira, poderá julgar-se muito feliz... se de medicina souber um pouquinho!

E não compreendo como um industrial, um comerciante—na hora louca de mercantilismo que passa—possa, por *sport*, ser médico... Mas, tendo embora um curso de medicina, será, em tais condições, na realidade médico?

Mas nos casos de pleurisia de Sousa Júnior, um facto impressiona pela sua constância: a existência da sífilis.

E o Mestre, ouvido em noites inolvidáveis de conversa—conversa que é um monólogo vivo, palpitante, de apóstolo, de quando em quando intercortado por uma pergunta de dúvida do discípulo—chama insistentemente a minha atenção para a freqüência extrema da sífilis.

Ouçõ então pela primeira vez, estasiado, as doutrinas a que chamei **pansífilis**.

Pansífilis, evidentemente, não quer dizer que tudo em patologia seja sífilis, mas que todo o ser humano, num grau de menor ou maior latência, de maior ou menor actividade, é influenciado hoje pela sífilis.

Arrôjo? Revolução? Não sei. É Ribeiro Sanches que renasce, remoçado!

Santos Silva abre de par em par as portas do seu consultório para receber o colega-discípulo—o *médico-rapaz*—e os braços para receber, atencioso e carinhoso, o amigo—e é Santos Silva que mostra a sífilis onde eu a não via, e eu passo a vê-la onde a não suspeitava. E nos meus doentes eu vejo a sífilis, impressionado, onde distintísimos clínicos a não tinham cuidado!

Exemplos:

Mulher de 32 anos, costureira, sofrendo desde muito tempo de cefaleias e bronquite crónica purulenta, nunca pôde dedicar-se ao trabalho por lhe falharem as forças.

Teve 5 ou 6 abórtos, tem um filho saúdavel, de dois anos, outro atrépsico, nado-prematuro, de seis meses. Êste nunca se amamentou ao seio por impossibilidade de fazer a sucção. A mãe consulta médicos, toma tónicos, é martirizada com pontas de fogo. Melhora ligeiramente, mas continua valetudinária, desistindo de se tratar. Vem consultar-me por causa do filho, já condenado, e eu penso no diagnóstico etiológico de sífilis. Pois os abórtos numerosos e as cefaleias não bastariam? Trato a criança com injeções de sulfarsenol, e o doentinho melhora rapidamente, a olhos vistos. A doente, em face do ressurgimento do filho, ouve-me também. Faça-lhe vinte injeções de Arcil (cianeto e arrenal). Não tem mais cefaleias, melhora consideravelmente da bronquite, adquire fôrças.

Não quis mais tratar-se, contra o meu conselho, por se supôr boa de saúde. É interessante que, passados perto de dois anos, e sem que tenha, que eu saiba, feito mais tratamento, a doente não voltou a ter os antigos sofrimentos. Teve recentemente outro filho saúdavel. O petiz que eu tratei morreu depois de broncopneumonia morbilosa.

Nesta doente foi curioso um facto que observei depois noutra doente: tinha irregularidade menstrual, intervalando-se, de há muito, os períodos catameniais de 15 dias, o que logo durante o tratamento se regularizou.

Homem de 45 anos, mestre de obras, gravemente enfêrmo há cêrca de 40 dias, visto por mim em conferência com o seu médico assistente, apresentava hipertermia elevada, expectoração muito abundante e horrivelmente fétida. Tratava-se duma dessas formas de esclerose pulmonar difusa, com bronquectasia, descritas e atribuídas por Tripier à sífilis pulmonar. O tratamento consistia no uso de pílulas balsâmicas e, se bem me recordo, de anti-

térmicos. Perfeitamente de acôrdo com o colega assistente quanto ao diagnóstico anátomo-patológico, discordamos quanto à etiologia, que eu atribuí à sífilis, e portanto quanto à terapêutica a seguir.

O doente acusava, de resto, um passado venéreo, embora negasse accidentes sifilíticos primários e secundários, e entre os seus filhos e filhas, duas destas, pelo menos, apresentavam estigmas. A respeito do prognóstico concordamos: o doente devia ter poucos dias de vida, a não ser modificada rapidamente a situação. Ora eu supunha possível, embora não certa, a salvação do doente por um tratamento anti-sifilítico enérgico. O colega não concorda, mas autoriza-me a agir. Eu não hesito a arcar com a responsabilidade, escudado na opinião de Gougerot¹: não tentar o tratamento de prova específico, mesmo em caso de diagnóstico impossível de sífilis nas visceropatias, seria privar o doente das probabilidades de cura. «Certamente, muitas vezes, mesmo muitas vezes, a hipótese será inexacta e o tratamento ficará ineficaz; mas, se uma vez por mil, curamos um doente com uma rapidez de ordinário maravilhosa e contra qualquer esperança, êste êxito vale bem procurar meses e meses sem proveito». «O tratamento de prova fica pois o primeiro e último recurso».

Não seria então **um dever** tentar a salvação do doente? Faço o tratamento pelo neosalvarsan em injeções endovenosas, começando por 0^g,10, e o doente apresenta reacções de Herxheimer que fazem recear pela sua vida, mas entra depois a melhorar *com uma rapidez maravilhosa*, como diz Gougerot, e, ao cabo de dois meses, cura.

¹ Gougerot: *L'indispensable en syphiligraphie* — Paris, 1921. Tudo quanto de Gougerot fôr citado no texto, sem outra indicação, encontra-se neste livro.

Indico apenas o tratamento etiológico, não me referindo à medicação sintomática que não foi descurada, é claro. Tão feliz fui que logo no primeiro caso, no género, que se me deparou, reconheci, por experiência própria, a verdade das palavras de Gougerot!

Outro doente, homem de 45 anos, tinha saído duma casa de saúde, onde estivera dois meses, para o seio da família. Queixava-se de não dormir um só momento havia quatro meses, e dizia estarem contados os seus dias de vida. Acusava obstipação pertinaz, dizia ter urinado muito pouco nas últimas 24 horas, etc., etc. Supunha-se um tuberculoso mesentérico, o que o fez percorrer os especialistas de mais nomeada de doenças do aparelho digestivo, êstes remetendo-o para os neurologistas, dando por fim o doente entrada numa casa de saúde.

Havia dois anos o doente sofrera um insulto de que resultara uma hemiparesia direita. Ao doente tinha sido feito em 1913 tratamento anti-sifilítico, em virtude duma reacção de Wassermann fortemente positiva; mas como não sentisse qualquer perturbação até ao ataque de há dois anos, descurou o tratamento, que resumia a algumas fricções e cura hidroterápica em Vizela.

Ora, a-pesar-do seu passado e da sero-reacção fortemente positiva, eram-lhe dados brometos, muitos brometos — tantos que muitos foram parar ao balde, no dizer do doente — e tratamento anti-sifilítico nunca lhe foi feito na casa de saúde.

Tratado activamente por mim, o doente melhora rapidamente, não se recordando, meses depois, duma noite de insónia após o tratamento, e a própria paresia da perna direita desaparece por completo! Anda agora a viajar o meu ex-doente, hoje meu querido amigo, óptimo de saúde!

Nova impressão colhida na clínica, e esta sobrepu-

jando todas as outras: não só a freqüência extrema da sífilis, mas a pouca atenção que os médicos em grande parte lhe dedicam.

E então lanço-me ao estudo da sífilis, do estado actual da sifillografia, da sua evolução, da sua história, e depara-se-me logo êste aviso de Manuel Bento de Sousa ¹: «Estudar a syphilis é entrar n'um campo imenso, aonde se levantam questões de toda a ordem, questões de philosophia, de historia, de hygiene, de chimica, de medicina legal e, direi até, de politica. O homem, por mais vigoroso que fosse o seu talento, por mais forte que fosse a sua vontade, que quizesse abraçar a questão no seu conjuncto e dedicar-se, fazendo a critica de tudo como deve ser feita, isto é, com profundo conhecimento dos textos, gastaria a vida inteira — para ler o que ha escripto sobre este assumpto e achar-lhe valor, comentando, annotando e deduzindo, era preciso um numero tal de annos e uma tensão de espirito sempre tão bem conservada, tão bem tonificada, que ainda assim, creio que se perderia n'este trabalho».

E cedo verifico a verdade da prevenção de Manuel Bento de Sousa, não só em relação ao que sôbre sífilis havia escrito no seu tempo, mas ainda a respeito do que sôbre sífilis se escreve no momento actual!

Teria desistido se não ouço logo o conselho de Audrain ²:

«Teria renunciado a uma tarefa tão pesada se não tivesse considerado como uma obrigação imperiosa para

¹ *A syphilis*. Licções professadas na Escola Médico-cirúrgica de Lisboa no ano lectivo de 1877-1878, por Manuel Bento de Sousa.

² Audrain: *La syphilis obscure*—Paris, 1911. Tudo quanto de Audrain fôr citado sem outra referência, contém-se nêste livro.

cada um, ante a influência nefasta desta doença, de trazer a sua contribuição à obra comum, por fraca que possa ser».

Por fraca que seja embora, também trago pois a minha contribuição...

Das leituras a que procedi, impressionaram-me sobretudo, pelo vigor da prosa e pelo desassombro da exposição, os livros e artigos de Leredde ¹.

A Sousa Júnior e a Santos Silva não sei dizer palavras que possam exprimir a minha gratidão pelo muito que lhes devo em ensinamento e benevolente amizade: que os meus doentes saibam que muito lhes devem também!

... pois do que ouvi, li, observei e meditei na minha ainda curta vida de médico, venho hoje fazer o meu depoimento perante a Faculdade que tive a honra de frequentar—e por onde passei alguns dos anos mais felizes da minha mocidade!

*
* *
*

Se, de recordar o tempo já passado depois de completar o curso de medicina, tiro algum ensinamento—tempo que vivi emocionadamente, que para tornar a vivê-lo recomençaria o curso sem hesitação—recordar o tempo de estudante desperta em mim grande saúde!

Tive paixões de rapaz e vivi-as. Cabulei quanto o permitia a necessidade de passar sem favor nos meus

¹ O que de Leredde vai citado no texto, sem outra indicação, encontra-se nos seus livros: *Domaine, traitement, prophylaxie de la syphilis*—Paris, 1921; *Nouvelles études sur la syphilis*—Paris, 1921.

exames, e não o lamento, pois da *cabulice* algum proveito tirei: deliciei-me com o estilo de Eça, o inegalável observador, o magistral caricaturista (ou retratista?) do Conselheiro Acácio; Fialho, o sarcasta formidável que de todos os Acácios fez um hilariante — e por vezes sangrento — *pim-pam-pum*, o prosador original e febril do Sofrimento; Camilo, assombroso chorando ou rindo; Gomes Leal, o «rude e enérgico plebeu» de «A Traição», de «O Hereje», o

«.....ente altivo ou extraordinário
que cheio do ideal das férreas coisas belas
tem uma alma que faz viagens nas estrelas»

e, ao mesmo tempo, o lírico sublime da «Historia de Jesus», «para as creancinhas lerem»; Junqueiro, o épico iconoclasta da decadência, o lírico divino de «Os simples», Poeta dos maiores de todos os tempos — e não um «romancista» como queria um meu amigo, estudante distinto de medicina...

Apenas para notar o sentido de muita coisa considerada *cabulice*, e outras consideradas *aplicação*, cito alguns nomes de grandes portugueses, e só de mortos.

Mas ali está o Brasil — desdobramento pela política, identificação pela raça e pela língua — com Coelho Neto, certamente o mais maravilhoso joalheiro do sentimento e da prosa portuguesa da actualidade, o comovido e emocionante autor do «Jardim das Oliveiras»...

E é Coelho Neto que põe nos lábios duma sua personagem, simpático perfil de médico culto e bondoso, êste conceito:

«Olhe, meu amigo, dizia, apertando os olhitos maliciosos, com a seringa entre os dedos — o baptismo devia

ser uma boa injeção de mercúrio. Para a mancha original sempre seria de mais efeito do que a água das pias. Deixe lá falar...»

Antes de ter lido a «Água de Juventa», tinha eu ouvido a Sousa Júnior: «A sífilis é o pecado original das religiões, contra o qual elas preceituam cerimónias várias, como o baptismo no cristianismo. Eu aceito as várias formas de baptismo, mas é necessário que na cerimónia entre um pouco de mercúrio e um conselho do sacerdote aos pais para que vão administrando mercúrio à criança...»

.....

O tempo perdido, o esforço inútil dispendido para satisfazer a tanta inútil coisa que satura os chamados *programas!*...

E é com êste trabalho, interrompido com descansos forçados no Aljube, no Paço Episcopal, no 32 de Penafiel, e exilado por casa de amigos, por onde me faz andar uma paixão de rapaz — que chego ao último ano do curso de medicina...

Mas então...

Em clínica cirúrgica, encanta ver operar, com ciência e consciência, com arte e brilho, o Prof. Teixeira Bastos.

Em clínica médica, a figura veneranda do Ilustre Prof. Tiago de Almeida, disciplinador intransigente duma energia que não exclui uma grande bondade, cria nos alunos, com o amor à profissão, o espírito de camaradagem que falta neste regime de cursos livres — quanto a mim o maior *senão* do sistema, que os não há sem defeitos — a ponto de só se conhecerem como condiscipulos os alunos do Prof. Tiago!

Os condiscípulos!

Entre nós surgiu por vezes o delírio do exagêro provocado pela febre da paixão — paixão efémera, delírio que esquece...

É com a maior alegria que a todos, sem uma excepção, considero amigos, e neste momento solene para mim — vá lá a frase *acaciana* — a todos envio um affectuoso abraço!

A todos, sem excepção, infelizmente não pode ser: para sempre — para sempre! — a Morte privou do nosso convívio o João Avelar... Para a sua Memória a expressão sentida da minha Saúde.

Mas se fôsse possível recuar no tempo — único recuo que eu desejaria — qual de vós, rapazes, perdão, Doutores, hesitaria um só instante, junto o nosso curso, em cursar novamente as clínicas médica e cirúrgica?

Notas sôbre a história da sífilis

«.....la vérole grosse
Qui n'épargnait ni couronne ni crosse»

JEAN LEMAIRE (1528).

«... a verdade em cousas de sciencia, como em tudo o mais, vai procurar-se a todos os tempos e a toda a parte, e não se despreza por antiga, porque é a unica cousa n'este mundo, creio eu, que apezar de velha é sempre nova».

MANUEL BENTO DE SOUZA.

PERDE-SE na bruma dos tempos a origem da sífilis, pois um dos seus mais antigos focos conhecidos, na frase dum ilustre historiador da sífilis, Rollet ¹, foi muito provavelmente o próprio berço do género humano, a Índia.

A sífilis, «muito provavelmente», acompanha, pois, desde sempre a Humanidade. No entanto, na Europa só nos últimos anos do xv século a atenção dos médicos se fixou sôbre a doença, mercê da terrível pandemia que então grassou nesta parte do Velho Continente. Se não podemos fixar a data do nascimento da sífilis que, talvez, tenha a idade do sêr humano, a nossa sifiligrafia nasce no fim do xv século, em 1493, coincidindo com o regresso da expedição de Cristovam Colombo. Daí o terem

¹ *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* — Paris, 1884, artigo de Rollet.

os primeiros investigadores, com Astruc à frente, estabelecido que a sífilis europeia fôra importada, com a filoxera, da América, logo ao estabelecer-se a primeira ligação entre o Velho e Novo Continentes.

As conclusões de Astruc foram imputadas triunfantemente pelo nosso grande Ribeiro Sanches ¹, que eruditamente sustentou que a sífilis existia na Europa antes das expedições de Colombo, demonstrando que, embora não houvesse — e ainda hoje se não conhece — um único documento escrito anterior a 1493 que apresentasse a sífilis como uma entidade nosológica, « desde a mais remota antiguidade se leem em todos os livros de medicina vários sintomas » do mal luético. « As ideias correntes sôbre a história da sífilis — escreve Maximiano Lemos — modificaram-se consideravelmente desde Sanches. Crê-se hoje — diz ainda o mesmo ilustre historiador da medicina — que a doença é muito mais antiga do que êle a considerou ».

Ao lado de Ribeiro Sanches formaram Hensler, Simon, Hecker, Rosenbaum — na Alemanha; Jourdain, Littré, Daremberg, Cazenave, Follin, Lancereaux, Jullien — em França.

Por fim, os trabalhos posteriores de Parrot, Broca, Ollier, Virchow, Lortet e Rollet, estudando esqueletos, fragmentos de crânio, porções de occipital e parietal, encontrados em escavações feitas na Europa nos terrenos de aluvião e nos cemitérios antigos, vieram demonstrar a existência da sífilis na Europa nos períodos mais remotos da nossa história e, até, em idades pre-históricas, dando assim razão a Ribeiro Sanches.

¹ Maximiano Lemos: «RIBEIRO SANCHES» — Porto, 1911.

Broca considerava a sífilis como existindo na Europa já na época neolítica. E Prunières, escavando uma sepultura da época da pedra polida, encontrou crânios de criança com estigmas de sífilis hereditária.

Mas é só no fim do xv século, por ocasião da violenta epidemia atrás referida, que começam os estudos sobre a doença, denominada de diferente modo, que depois tomou definitivamente o nome de sífilis.

A palavra sífilis aparece pela primeira vez em 1546 no poema de Fracastor. O pastor *Syphile* pastoreava os numerosos rebanhos do rei *Alcithoüs* e, como profanasse os santos altares, foi castigado com uma horrorosa lepra que cobria todo o corpo e terríveis dores que torturavam os membros e lhe perturbavam o sono ¹. Daí a palavra sífilis, que se fixa, para designar a doença, mercê do efeito poético de Fracastor.

Impressiona que a sífilis não tenha sido notada, existindo na Europa, antes do fim do xv século. Rollet diz que entre as endemo-epidemias sifilíticas posteriores ao xv século, algumas se extinguiram por si próprias depois de terem durado mais ou menos tempo. Ter-se-ia atenuado a sífilis, anteriormente à revivescência epidémica de 1493-1494, de modo a passar despercebida?

Lancereaux lembra a possibilidade dos acidentes constitucionais da sífilis serem confundidos durante a idade média com os acidentes da lepra, doença que então cobria com o seu nome um grande número de afecções, e Follin escreveu que o uso freqüente que os Orientais e os Romanos faziam de banhos, junto à benéfica influência do clima, deveria contribuir para modificar vantajosa-

¹ Élie Metchnikoff: «PRÉFACE» — *La syphilis*, C. Levaditi — J. Roché; 1909.

mente as afecções cutâneas e, mais, que na antiguidade os conhecimentos médicos existiam sobretudo no estado de medicina popular, de modo que os sifilíticos procuravam principalmente os charlatães e os sacerdotes, pois que estes « exerciam nos templos uma medicina religiosa que era mais proveitosa aos interesses do culto que à saúde dos doentes ».

De resto, diz ainda Follin, os médicos da Grécia, de Roma e de Alexandria estavam mais que nós em condições de desconhecer as relações entre os acidentes locais e os acidentes gerais da sífilis. E para melhor nos fazer compreender a ignorância dos médicos da antiguidade em matéria de sífilis, Follin escreve, em 1861: « De resto esta relação entre os acidentes gerais e os acidentes locais da sífilis escapa ainda muitas vezes aos médicos da nossa época ». Assim escreveu Follin, em 1861...

A epidemia sifilítica do fim do xv século, que deu origem aos estudos de sifiligrafia, foi de tal modo virulenta que os doentes causavam horror aos próprios médicos, difundiu-se com tal rapidez que cedo invadiu toda a Europa e generalizou-se tanto que ficou, na tradição popular da época, no dizer de Audry ¹, que o rei, o papa e o imperador eram todos sifilíticos.

« A situação moral da Europa — escreve Draper ² — revelou-se notavelmente quando pelos companheiros de Colombo foi introduzida a sífilis na Europa trazida das Índias Ocidentais. Estendeu-se com rapidez maravilhosa. Pessoas de tôdas as classes, desde o Santo Padre Leão x

¹ Prof. Ch. Audry: *Précis élémentaire des maladies vénériennes* — Paris, 1922.

² Draper: *História dos conflitos entre a religião e a ciência*.

até ao mendigo dos caminhos, contraíram a vergonhosa doença».

Em 1527, no *Dialogue entre le Mercure et le Gaïac*, de Jacques de Bethencourt, o Mercúrio diz, «não sem vaidade», segundo o prof. Jeanselme¹: «Hoje associo-me com os reis, os príncipes, os generais, os prelados, os bispos e tôdas as grandes personagens dêste mundo».

A difusibilidade da doença foi tão rápida e extensa que cada país a atribuiu à nação vizinha e a designou como um mal oriundo dessa nação: os italianos chamaram-lhe mal francês e os franceses mal napolitano; foi conhecida como mal português, sarna espanhola, contágio indiano, etc., etc.

E em cada país difundiu-se tanto a sífilis que se acreditou que um indivíduo não se contaminava entrando na casa dum sífilítico e respirando o mesmo ar; apontaram-se casos de sacerdotes infeccionados através das grades dos confessionários, ao confessarem luéticos; discutiu-se se se podia contrair a sífilis ouvindo dum doente um segrêdo ao ouvido; o próprio Fracastor considera-a como doença epidémica cuja origem se deve a influências siderais; fala-se de geração espontânea e em causas metereológicas, telúricas e bromatológicas, em génio exantemático, etc.

Rodéric Diaz, médico de D. João III, a quem dedicou o seu livro sôbre a primeira epidemia de sífilis, diz que o foco inicial foi Barcelona à chegada dos marinheiros de Colombo, e que depressa tôda a cidade ficou sífilizada.

¹ Prof. E. Jeanselme: *Les grandes étapes de la syphiligraphie française*: «*La Presse Médicale*», 4 Septembre 1919.

E três meses depois a sífilis tinha-se disseminado por tôda a Europa, o que leva Sprengel a escrever, refutando a origem americana da doença: «A verdadeira sífilis manifestou-se no verão de 1493, e quâsi simultaneamente em tôdas as partes da Europa. Ora é impossível que no espaço de três meses a sífilis tenha sido transportada a Berlim, a Halles, a Brunswick, no Mecklemburg, na Lombárdia, em Auvergne e tôdas as outras regiões».

E Rollet, partidário da origem americana da sífilis, pretendendo explicar, diz que nessas regiões afastadas do foco epidémico primitivo não havia, em 1493, senão casos isolados que em algumas semanas ou alguns meses disseminaram a sífilis por tôda a parte!

Em 1506 já Coccius Sabellicus escrevia que «quâsi a vigésima parte do género humano fôra atingida pela sífilis» e em 1517 Pierre Bembo referia-se à doença como fazendo grandes estragos no seu tempo.

Em Portugal, segundo o saúdoso prof. Maximiano Lemos ¹, «a sífilis desenvolveu-se largamente, afirmando Diaz de Isla que no Hospital de Todos os Santos se recolhiam mais sifilíticos que em outro qualquer da Europa».

Amato Lusitano em 1511 relata uma epidemia local, que teve por origem um caso de sífilis hereditária. E partindo dêsse caso, diz Amato, no espaço dum mês nove indivíduos haviam contraído sucessivamente a sífilis.

Enfim, a sífilis preocupou tôda a gente, tornando-se uma doença popular. Os historiadores ocuparam-se dela, e os poetas cantaram-na.

¹ Maximiano Lemos: PREFÁCIO. *Medicações Dermatológicas*
— Prof. Luís Viegas.

Mas se numerosos testemunhos provam a assombrosa rapidez com que a sífilis invadiu a Europa, não poupando ninguém

«..... ni couronne, ni crosse»

como escrevia o poeta Jean Lemaire em 1528, não menos testemunhos de valor provam a universalidade da sífilis nos focos primitivos, isto é, onde ela existia em plena actividade antes de 1493.

Lopez de Gamara, na sua *História Geral das Índias*, escrevia, em 1553, que os naturais da ilha espanhola estavam todos infeccionados de avariose e que por isso os espanhóis depressa contraíram a doença.

Oviedo diz: «os primeiros cristãos que habitaram a ilha espanhola sofreram dores e males estranhos devidos a *las bubas*, doença muito comum nas Índias, quer porque as mulheres a transmitam, quer porque nasça espontaneamente na região».

Rollet diz que os normandos, primeiros colonos da Flórida, contraíram aí a sífilis com tamanha facilidade que costumavam dizer que bastava as mulheres terem as regras para a comunicar. Parrot estudou crânios peruanos, de antes da descoberta da América, e concluiu que a sífilis existia no Peru antes da viagem de Colombo, e que era muito freqüente, pois na maior parte dos crânios encontrou estigmas de héredo-sífilis. Fracastor dizia que a sífilis na América era tão freqüente como a sarna entre nós.

André Cleyer, em 1681, e Thon notaram que em Java a sífilis era então mais comum que a febre intermitente.

Jean de Léon conta que «o próprio nome desta

«doença era desconhecido dos africanos antes que o rei Fernando tivesse expulso todos os judeus e maometanos. Tendo-se êstes retirado para a África, os negros tiveram contratos com as suas mulheres e desta maneira o contágio se espalhou em tôdas as regiões, quasi não ficando isenta de sífilis família alguma ».

Enfim, de tudo o que fica dito resulta a convicção de que, onde os primeiros observadores notaram a sífilis, nunca a encontraram em casos isolados, esporádicos, mas sempre difundida, generalizada, universalizada, de modo que invade uma aldeia inteira, uma cidade inteira, um país inteiro!

A sífilis no século xvi é descrita como extremamente virulenta e mortífera, tal

«Qu'on ne vit onc visage aussi difformes»

e os sifilíticos

«Peu de guéris en sont, de morts beaucoup»

segundo os versos de Jean Lemaire.

Ao aparecer no fim do xv século êsse «mal misterioso», essa «peste nova», segundo Jeanselme ¹, «no dizer dos contemporâneos, nenhuma memória de homem se lembrava que flagelo semelhante tivesse aparecido até então» e «os médicos desconcertados confessavam a sua impotência».

No xvii século, talvez por se ter atenuado aparentemente a sífilis, afrouxam os estudos de sifiligrafia, e as noções relativamente exactas que os médicos do xvi século tinham sôbre a doença de Fracastor, obscure-

¹ Loc. cit.

cem-se a tal ponto que tôdas as chamadas doenças venéreas se confundem: sífilis, blenorragia, cancro simples, é tudo a mesma coisa.

É a época dos identistas.

E só em 1767 os ingleses, representados por Hunter, procuram novamente isolar a sífilis, fazendo a sua diferenciação das duas outras doenças venéreas, mais tarde demonstrada pela bacteriologia.

É a Hunter ainda que cabe a glória de iniciar o processo experimental no estudo das doenças venéreas, fazendo inoculações no homem. Consegue reproduzir o cancro mole, mas não consegue o mesmo êxito com os produtos sifilíticos secundários.

Aplicando, como faz Metchnikoff, à história de sífilis a lei dos três estados de Comte, os trabalhos de Hunter e da sua escola marcam a passagem da sifiligrafia do estado teológico para o estado metafísico.

É na segunda metade do XVIII século que surgem os notabilísimos trabalhos do sifilígrafo português Ribeiro Sanches, que o prof. Maximiano Lemos diz « ter o direito a ser considerado um precursor de Fournier, sem que nunca houvesse tido à sua disposição o grande material que o ilustre professor francês pôde aproveitar ».

Mas os trabalhos de Sanches, áparte os que se referem à história da sífilis, dizem respeito sobretudo á sífilis obscura, hereditária, crónica, e por isso mais de espaço a êles me referirei quando tratar de « Sífilis ancestral ».

No XIX século fazem-se notáveis estudos precursores das grandes descobertas sifiligráficas do nosso tempo.

Ricord, de 1831 a 1837, faz inúmeras inoculações de produtos de acidentes primários e secundários em sifilíticos, obtendo resultados positivos. De 1835 a 1862,

Wallace, Waller, Vidal, Anonyme du Palatinat, Gibert e outros, praticaram 27 inoculações, seguidas de resultados positivos, com cancos, placas mucosas, sangue, ulcerações das amígdalas e sífilides pustulosas adquiridas e congénitas, e observaram nos inoculados, após um período de incubação variável de 10 a 39 dias, o aparecimento duma lesão primária seguida de acidentes secundários típicos.

Em 1844 Auzias-Turenne¹ tenta inocular a sífilis aos animais, e, ao ler as suas comunicações à Academia de Ciências de Paris, fiquei convencido de que o conseguiu. As suas experiências são feitas no macaco, no cão, no gato e no coelho.

Hunter, Ricord, Sigmund já tinham feito idênticas tentativas, com resultados contraditórios.

Mas Auzias-Turenne, naquelas experiências, não distinguiu, como era necessário, as inoculações da sífilis das do cancro simples, talvez influenciado ainda pela escola unicista, e é vinte anos depois, em 1865, que Auzias consegue, cabendo-lhe a glória da primazia, transmitir a sífilis isolada das placas mucosas aos animais.

Auzias-Turenne fez quatro inoculações, com pus de cancos por êle produzidos num macaco e num gato, nos braços de Robert de Wertz, professor da Faculdade de Medicina de Wurzburg, que se submeteu à perigosa experiência por dedicação à ciência.

Os resultados foram positivos, deixando Robert de Wertz lavar, durante dez dias, os quatro cancos inoculados e vindo depois a sofrer os acidentes secundários e terciários... experimentais.

O próprio Auzias-Turenne, que adoptara a divisa—

¹ Auzias-Turenne: *La Syphilisation*, 1878.

tout par la science et pour la science — se sifilizou experimentalmente, mas disso guardou segredo, que só foi revelado pelo seu testamento, em que diz ser o mais antigo sifilizado do mundo, e confirmado pela autópsia.

Auzias, na melhor das intenções, mas com o mais nefasto dos resultados, julgou ter descoberto um processo de cura e profilaxia da sífilis, a que chamou « Sifilização ».

Legros, prosseguindo no caminho traçado por Auzias, inocula, em Novembro de 1867, sob a pele da coxa da cobaia, um fragmento de cancro duro, produzindo-se uma úlcera e tumefacção generalizada dos gânglios. Lance-reaux observou na autópsia dessa cobaia, entre outras lesões, pequenos nódulos amarelados ao nível do epidídimo e do figado.

Mas outros observadores, procurando verificar os resultados obtidos por Auzias-Turenne e Legros, chegam a conclusões muito diferentes, e põem em dúvida a natureza sifilítica das tumefacções observadas por Lance-reaux, supondo-as de natureza tuberculosa.

Fazem-se experiências em vitelas, jumentos, coelhos, lebres, cobaias.

Martineau e Hamonic, Adrian, Hùgel, Holzhauser, Neisser, experimentam em porcos e obtêm resultados de que êles próprios duvidam. Mas todos os animais submetidos à experimentação eram vertebrados muito distanciados da espécie humana, e Klebs, em 1878, estudando a evolução da sífilis nos diversos animais, foi o primeiro a notar que no macaco ela é muito análoga ao processo evolutivo da doença no homem.

Mas Mossé de Montpellier, Krishaber, Alfred Fournier, Barthélemy, Neumann, Horand e Cornevin, experimentando em inúmeros macacos, contestam os resultados obtidos por Klebs.

Permanecem a confusão e a dúvida, até que Martineau e Hamonic, os primeiros em França, adoptam os processos de Pasteur, e por fim as experiências de Sperk, irmãos Nicolle e Hamonic, em novos trabalhos apresentados em 1903, demonstram, de modo a não permitir dúvidas, a transmissibilidade da sífilis do homem ao macaco, e dum macaco a outro.

Mas os símios sujeitos às experiências, pertencendo a diferentes espécies, algumas pouco sensíveis, outras absolutamente refractárias, por imunidade natural, tornaram impossível a verificação e os resultados foram discordantes, até que Metchnikoff e Roux tiveram a idea de utilizar, nas suas experiências, os antropóides mais aproximados do homem na escala zoológica, quer pela anatomia, quer pelas reacções humorais, e assentaram em 1903, pelos resultados irrefutáveis e verificáveis, definitivamente, os sólidos alicerces em que assenta o edificio experimental da sifillografia, podendo estudar-se no chimpanzé os accidentes primários e secundários.

Mas a noção de vírus sifilítico, antevista por Fernel ainda no século xvi, radica-se, tomando vulto durante a revolução pastoriana a idea de que a sífilis é uma doença infecciosa microbiana, e trabalha-se para a sua demonstração.

Em 1837, Donné descreve um microorganismo particular, descoberto nas ulcerações sifilíticas do pénis, da vulva e do pé, a que Muller deu o nome de *Vibrio lineola*.

Donné pensou que o *Vibrio lineola* era de facto o agente patogénico da sífilis, mas Ricord critica a descoberta de Donné, e o próprio Donné, em 1844, num novo trabalho, apresenta dúvidas sôbre o caracter específico do *Vibrio lineola* e confessa não o encontrar duma maneira constante nos produtos sifilíticos.

Klebs em 1878 publica um estudo em que diz que encontrou, no líquido escorrente duma porção de cancro excisado, bastonetes animados de movimentos muito lentos, e que, fazendo a sua cultura em gelatina, viu desenvolver-se bastonetes apertados uns contra os outros e elementos particulares em espiral formados pela aglomeração de pequenos bastonetes, a que deu o nome de *helicomodas*.

Klebs inoculou líquido dessa cultura em macacos e neles se desenvolveram ulcerações semelhantes a erosões sífilíticas de placas mucosas. A cultura do sangue desses animais deu também bastonetes e helicomas, e na autópsia de macacos das experiências observou-se a presença de focos caseosos, semelhando gomas, entre a dura-máter e a abóbada craniana, nos pulmões, nas pleuras, nos rins, etc.

Klebs não conseguiu obter preparações de helicomas e bastonetes.

Em 1882, Martineau obtem, com líquidos de culturas de fragmentos de cancos, inoculações positivas e erupções semelhantes às da sífilis no macaco.

Mas objecta-se que, contraíndo os símios trazidos para a França, com a maior facilidade e freqüência, a tuberculose, os nódulos caseosos observados poderiam ser de natureza tuberculosa.

As helicomas e os bastonetes de Klebs, e os *Vibrio lineola* de Donné e Muller, não eram o parasita da sífilis, devendo ser a *Spirochaeta refringens* descrita por Schaudinn e Hoffmann, mais tarde, nas diversas manifestações específicas ou banais da região genital.

Em 1884, já depois de Koch ter descoberto o bacilo que tomou o seu nome, Lustgarten, aplicando às lesões sífilíticas os processos de coloração que descobriram o

bacilo da tuberculose, descreveu um bacilo, que não pôde cultivar, e que julgou ser o agente da sífilis. Dou-trelepont, Schütz e Marcuse confirmaram a descoberta de Lustgarten e chegou a atribuir-se-lhe um grande valor diagnóstico.

Mas em 1885 Bitter, Alvarez e Tavel mostraram que o bacilo de Lustgarten era um saprofita banal, o bacilo do esmegma.

Uma longa série de investigações estéreis tem lugar e, no dealbar do século xx, em 1904, discute-se se o agente patogénico da sífilis pertence ao número dos microorganismos invisíveis, dos vírus filtrantes.

Os alemães Klingmüller e Baermann são os primeiros a fazer estudos sobre a suposta filtrabilidade do vírus sifilítico, inoculando-se a si próprios com líquidos filtrados, e Metchnikoff e Roux, procedendo de idêntico modo no chimpanzé, chegam à conclusão de que o micróbio da doença de Fracastor não passa através das velas-filtros.

Estava demonstrado, pois, que o micróbio da sífilis, não sendo um microorganismo filtrável, devia apresentar dimensões suficientes para ser visível ao microscópio.

Siegel descreve um protozoário, o «*Cytorrhcytes lui*», que diz ter encontrado nos diversos produtos específicos do homem e dos animais, e o seu ciclo evolutivo com todos os detalhes, o que suscita grandes discussões, pois outros investigadores não conseguem ver o suposto protozoário de Siegel. Isto dá lugar a que Köhler, director do *Kaiserliches Gesundheitsamt*, de Berlim, nomeasse, em Fevereiro de 1905, uma comissão de médicos e naturalistas, encarregando-a de verificar se o «*Cytorrhcytes lui*» era efectivamente, como afirmava

Siegel, o verdadeiro agente patogénico da sífilis. Essa comissão era composta pelo médico e histologista Hoffmann, pelos bacteriologistas Neufald e Gonder, e pelo protozoologista Schaudinn.

Schaudinn, procurando o parasita de Siegel, que nunca encontrou, examinando, logo a 3 de Março de 1905, uma pápula extirpada por Hoffmann duma sífilide pápulo-escamosa, nota no suco da face profunda da lesão uma espiroqueta, móvel e muito pequena, de estudo extremamente difícil.

Estava descoberto o agente patogénico da sífilis, o «*Treponema pallidum*» de Schaudinn-Hoffmann.

Schaudinn e Hoffmann publicam a 10 de Abril de 1905, rodeado da maior prudência, o registo dos factos que observaram, e só tempos depois, mas ainda em 1905, publicam trabalhos demonstrativos da relação íntima existente entre o «*Treponema pallidum*» e a sífilis.

O treponema de Schaudinn-Hoffmann foi visto pela primeira vez em França por Metchnikoff em preparações enviadas por Schaudinn, e em Portugal pouco tempo depois, em Agosto de 1905, em preparações obtidas pelo prof. Sousa Júnior de colaboração com o Dr. Gilberto Pereira, no Pôrto, e por Archer da Silva e Aníbal Bettencourt, em Lisboa (sessão da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, de 29 de Julho de 1905)¹.

Ainda em 1905, aprofundou-se o estudo do treponema pálido, tendo-se nêle distinguido dois portugueses, citados por Levaditi e Roché², o prof. Sousa Júnior e

¹ Dr. Gilberto Pereira: «*Spirochaete pallida* de Schaudinn e Hoffmann», tese, 1905 — Porto.

² C. Lavaditi — J. Roché: *La syphilis* — Paris, 1909.

o Dr. Gilberto Pereira, pelos seus estudos sôbre a biologia do «*Treponema pallidum*», publicados na *Berliner Klinische Wochenschrift*, em 1905, e sôbre as primeiras tentativas, embora infrutuosas, de cultura do parasita de Schaudinn-Hoffmann feitas pelo prof. Sousa Júnior.

É curioso que já «Bordet e Gengou (de Bruxelas) tinham encontrado em 1902 a «*Spirochaete pallida*», como se vê ainda hoje nas suas preparações conservadas; mas, como só a viram em um ou dois casos e não em muitos outros, abandonaram os seus trabalhos, sem atribuir importância etiológica a essa descoberta»¹.

Gilberto Pereira na sua tese, em 1905, descreve os trabalhos que precederam a descoberta de Schaudinn-Hoffmann e os que se seguiram até à dissertação.

Mas ainda hoje a biologia do treponema pálido está envolta em obscuros mistérios que urge desvendar.

Widal, Sicard e Ravaut estudam em 1900 as alterações precoces e tardias do líquido céfalo-raquidiano na sífilis, o que vem constituir um novo meio de diagnóstico e de verificação da acção terapêutica que, diga-se de passagem, ainda não entrou na prática comum.

Em 1906 Wassermann, Neisser e Bruck aplicam o processo de Bordet e Gengou de sero-reacção ao diagnóstico da sífilis—reacção a que hoje se chama de Wassermann ou de Bordet-Wassermann, de especificidade depois confirmada.

Paralelamente a êste grande progresso dos conhecimentos sôbre a sífilis, e em virtude dêle, progride a terapêutica. A arte de curar dispunha, como específico

¹ Dr. Gilberto Pereira: loc. cit.

da sífilis, apenas do mercúrio, já conhecido dos árabes e orientais — pois, segundo Klein, já os médicos malabares Sangariar e Alassianambi, que viveram há mais de nove séculos, se referiram ao tratamento da sífilis pelo mercúrio. Enriquecera-se com o iodeto de potássio, cuja acção anti-sifilítica foi descoberta por Wallace em 1836, e depois vulgarizado por Ricord.

Só em 1910 Ehrlich descobre um agente terapêutico mais activo que os antigos, o «606», dando início à arsenoterapia anti-sifilítica, e em 1921 Levaditi e Sazerac aplicam ao tratamento da sífilis um composto de bismuto, o tartro-bismutado de sódio e potássio, a que deram o nome de «Trépol», e que foi o início da bismutoterapia da sífilis, hoje em plena florescência.

Com as descobertas sifiligráficas dos dois primeiros lustros do século xx, entra a sifiligrafia, applicando à sua história a lei dos três estados de Comte, como faz Metchnikoff, na fase positiva ou científica.

No período teológico da sifiligrafia, a história mostra a formidável profusão da sífilis, que não poupa uma parte do mundo, não respeita uma só nação.

Na fase metafísica, Ribeiro Sanches e Fournier apontam a sífilis, principalmente a hereditária, como causa da maior parte das afecções crónicas, fazendo afirmações ainda hoje consideradas audaciosas por muitos, a-pesar-de confirmadas quasi totalmente pelos processos scientificos mais recentes.

A descoberta do *Treponema pallidum*, e os consequentes processos de técnica, hoje correntemente applicados, que o revelam, permitem diagnosticar sifilomas primários desprovidos dos mais pequenos sinais, com que a escola anátomo-clínica os definia, dando assim inteira razão a Manuel Bento de Sousa que em 1877 dizia,

numa admirável previsão: « creio que formas novas de cancro duros estão por descobrir, e há-de chegar um tempo em que se diga definitivamente que o acidente primitivo da sífilis pode deixar de ter formas ». E Manuel Bento citava o dito de Marston — é mais fácil dizer qual seja do que qual não seja o acidente primitivo da infecção.

Hoje, passados tantos anos, Audry ¹ escreve assim: « a existência de infecções específicas transcutâneas, completamente privadas do que nós chamamos o cancro, e com maior força de razão de infecções transmucosas, não parece negável ».

« Um cancro sífilítico — diz Leredde — é, pura e simplesmente, uma lesão genital, às vezes extragenital, na qual se encontra a espiroqueta da sífilis. O diagnóstico faz-se pelo exame parasitológico ».

A reacção de Wassermann, demonstrando a existência de sífilis sem lesões específicas, vem dar razão a Ribeiro Sanches e a Fournier, mostrando a sífilis onde eles a afirmavam e onde o espírito de autoridade a negava.

Algumas vezes nem as afirmações de observadores e investigadores eminentes, confirmadas pelo sero-diagnóstico, bastaram para convencer: foi preciso mostrar o parasita da sífilis no seio das próprias lesões.

Em 1882 Fournier notou, pelos comemorativos e estigmas, a freqüência da sífilis nos tabéticos de 85 a 90 por 100, concluindo que « o tabes é num grande número de casos (*dans un très grand nombre de cas*) de origem e de natureza sífilíticas ».

Mas a conclusão de Fournier não foi geralmente

¹ *Annales de Dermatologie et de Syphigraphie*, 1924.

aceite, mesmo depois de mais tarde se verificar a positividade da reacção de Wassermann nos tabéticos, tão freqüente como nos sífilíticos, apresentando lesões específicas terciárias, e foi preciso que Noguchi, em 1912, mostrasse o treponema nas lesões do tabes e da paralisia geral para que a afirmação de Fournier não repugnasse à opinião médica, especialmente aos neurologistas e alienistas.

Impressiona que uma verdade antevista ou afirmada em sifilografia, como de resto na sciência em geral ou em filosofia, leve anos e até séculos a ser demonstrada: a noção de vírus sífilítico, entrevista por Fernel no século xvi, só é definitivamente assente cêrca de quatrocentos anos depois pela descoberta de Schaudinn e Hoffmann; muitas das afirmações de Sanches, no fim do século xviii, e de Fournier, na segunda metade do século xix, só agora, mais dum século em relação a um, algumas dezenas de anos em relação a outro, vão sendo admitidas, mercê dos novos processos de diagnóstico e demonstração; a transmissão da sífilis aos animais, considerada possível em 1844 e conseguida em 1865 por Auzias-Turenne, só é estabelecida definitivamente em 1903 por Metchnikoff e Roux; o mercúrio, considerado como o melhor agente anti-sífilítico pelos antigos, é depois por muitos condenado (escola abstencionista) e por outros só utilizado em certos casos de sífilis (escola oportunista), e a técnica conveniente da sua aplicação só recentemente é vulgarizada; a injeccção endovenosa dos sais mercuriais, que parece ter sido administrada já em 1665 em Dantzig por Fabritius Schmidt, só há poucos anos entra no uso corrente; e os accidentes freqüentes provocados pelo mercúrio no tratamento da sífilis, só foram estudados por Jarish em 1895 e depois por Herxheimer

em 1906, a-pesar-de o mercúrio ser usado há centenas de anos!

Na fase científica em que a sifilografia entrou há 20 anos, à medida que um novo processo de diagnóstico é descoberto, que um novo sinal ou estigma de sífilis é fixado, que um agente terapêutico mais activo entra em acção, o domínio da sífilis alarga os seus horizontes, de tal modo que hoje não conhece balizas, lembrando um globo, como o próprio planeta Terra, habitado pelo Homem e pelo seu «parasita máximo», o *Treponema pallidum* de Schaudinn-Hoffmann!

Sífilis ancestral

« De tous les dangers que comporte la syphilis, le plus grave réside certainement dans son hérédité ».

ALFRED FOURNIER.

... « la syphilis lèse tous les tissus et y réalise tous les syndromes connus ».

GOUGEROT.

NA criança, a sífilis herdada dos pais parece ter sido notada poucos anos depois da grande epidemia de 1493-1494, pois Sigismund Fizio, historiador florentino, ao narrar os acontecimentos de 1497, já a ela parece fazer referências.

Mas foi Theophrasto Paracelso o primeiro, em 1529, a afirmar categoricamente que « o mal se faz hereditário e passa do pai ao filho » e, pela mesma época, Fallopio ensinava que « os filhos fornecem a prova do pecado dos pais, pois teem o aspecto de estar meio cozidos ».

Ucay escrevia, falando de sífilis mal curada, que é de aí que provêm tantas doenças hereditárias, tantas gotas e reumatismos, tantas flores brancas nas mulheres, numa palavra, dizia Ucay, é daí que deriva a maior parte das doenças que se vêem nas famílias e que infelizmente se trata por meios ordinários porque se ignora a origem, que mesmo os médicos não ousam muitas vezes procurar.

Paul e Émile Diday, no seu belo artigo sôbre sífilis

congénita, inserto no *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, de 1884, depois de transcreverem as palavras de Ucay, exclamam: «áparte alguns exageros de detalhe, êste quadro é o verdadeiro retrato da nossa época. Foram necessários mais de dois séculos para se regressar a esta doutrina».

Confesso que li isto com sobressalto e espanto, pois ainda hoje o quadro traçado por Ucay no século xvi, e que os Didays dizem ser o verdadeiro retrato da sua época, é audacioso e encarado com um sorriso irónico pela maior parte dos médicos!

Na segunda metade do século xvi ainda Rondet, de Montpellier, Ambroise Paré e Schenk relatam observações de crianças nascidas com a sífilis, e Zacuto Lusitano admite que a doença pode transmitir-se por herança; mas essas observações ficam desconhecidas, e a noção da transmissibilidade congénita da doença de Fracastor obscurece-se, e, ainda no mesmo século, se apaga por completo. Só no fim do século xviii o nosso grande Ribeiro Sanches, Boerhave, Astruc, Fabre, Levret, Raulin, estabelecem com mais segurança que o feto pode receber a infecção sífilítica dos pais; e, mais do que isto, Sanches e Rosenstein são os primeiros a admitir que de pais sífilíticos podem nascer filhos bem constituídos e de perfeita saúde aparente, mas que mais tarde veem a sofrer.

Isto é, Rosenstein e Sanches formulam a noção do que ainda hoje se chama a sífilis hereditária tardia.

Raulin, em 1768, eloqüentemente escrevia assim: «O único meio profilático contra as doenças hereditárias que causam o abôrto, as crianças irregulares e defeituosas, a única salvaguarda dos filhos provenientes de pais atacados, é curar estes últimos antes da fecundação.

Casar-se quando se tem tais doenças, é frustrar a pátria, é trazer ao mundo filhos que não podem servi-la e é enganar-se a si próprio, causando desgostos pelo propósito de constituir uma família na qual se inocula uma morte prematura, espada de Damocles ameaçando a cabeça de todos os que nascem nesta família e isto durante várias gerações».

E o nosso Ribeiro Sanches, no seu artigo *Maladie vénérienne et inflammatoire chronique* da *Encyclopedie ou Dictionnaire Raisonné* de Diderot e d'Alembert, considera como manifestações crônicas da sífilis algumas afecções do sistema nervoso, como a epilepsia, a mania, a sciática, a insónia, o histerismo, as convulsões, a hipocondria; como tais considera as tumefacções ganglionares, a surdez, a catarata, os pólipos. Como dependendo da sífilis considera ainda o raquitismo, a espinha ventosa, a escrófula e as exostoses, afecções hepáticas, os cálculos renais e vesicais, algumas doenças pulmonares, como certas formas de asma convulsiva e tísica, e « assinala — escreve Maximiano Lemos — algumas formas de sífilis hereditária caracterizadas pela aparição de escoriações, erosões e crostas em crianças bem constituídas, mas a quem na puberdade surgem catarros e mais tarde a tísica que as vitima antes dos vinte e oito anos ».

Nota Sanches a freqüência de desordens menstruais, da esterilidade e dos abórtos nas héredo-sifilíticas: « Casando-se, muitas são estéreis; se gravidam, as mais das vezes abortam; se a prenhez chega a termo, raras vezes o parto é feliz . . . »

E Ribeiro Sanches, ainda, regista os vícios de conformação, o atraso e malformação dentária, a hipocondria, o temperamento delicado dos héredo-sifilíticos; nota nêstes os corpos sem músculos, os ombros estreitos, o

peito às vezes tão mal conformado que semelha o duma ave magra e descarnada, e insiste sôbre a utilidade de procurar a sífilis nos avós. . .

Atribuindo Boerhave a maior intensidade das doenças agudas nas cidades ao uso do chá e do café, Sanches, reconhecendo o facto, não concorda com a opinião do seu respeitado mestre quanto à causa, dizendo ser esta a sífilis congénita, mais freqüente nos habitantes das cidades.

Enfim, se fôsse possível fazer aqui mais do que leves referências à obra sifiligráfica de Ribeiro Sanches, tão interessante e **actual**, a-pesar-de passados sôbre ela cerca de 150 anos, era bem cabido transcrevê-la tôda.

Gaubius escreve a Sanches uma carta de Leyden, em Novembro de 1777, a que Maximiano Lemos se refere, no seu «Ribeiro Sanches», nêstes termos: «conquanto não esteja inteiramente de acôrdo com êle sôbre a universalidade da sífilis, aprecia muito o que Sanches diz do mal venéreo positivo que se manifesta pelos seus sintomas próprios e essenciais, em opposição com o mesmo mal disfarçado sob a máscara de outras doenças.

Considerando, por outro lado, as ocasiões inúmeras de infecção por êste vírus, e a falta de cuidado com que é tratado no tempo presente ¹, deve succeder que o vírus suprimido por algum tempo ou apenas dominado em parte, ataque as partes interiores, donde resulta que corrompe os humores, multiplicando-se pouco a pouco e produz, depois da pretendida cura, doenças internas que se atribuem a outra causa. A' vista das observações de Sanches, Gaubius recordou-se dalguns doentes aos quais,

¹ Convem notar que êste *tempo presente* se refere a 1777, não vá alguém melindrar-se... em 1924. — NOTA DO AUTOR.

depois do uso interno de grande número de remédios, administrou os mercuriais, como *ultima salutis anchora*, sem nenhuma suspeita de mal venéreo, e colheu resultados surpreendentes.

Enfim, para concluir sobre este assunto, confesso-vos que estou sinceramente persuadido de que as vossas ideias deduzidas das vossas observações são justas, muito interessantes para os médicos e para toda a humanidade e que assim seria de toda a utilidade que fossem publicadas ».

Escreve Maximiano Lemos: « Iwan Bloch considera que a concepção da sífilis tardia, cujo papel é tão considerável, entrou definitivamente na ciência depois das obras do médico português »; e, mais adiante: « Se as suas obras fossem mais lidas, as relações entre a hereditariedade e a infecção sífilítica não levariam mais de um século a serem afirmadas ».

Edmond Fournier, no seu estudo « *Syphilis héréditaire* »¹, do *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée* publicado sob a direcção de Sergent, Ribadeau-Dumas e Babonneix, em 1921, depois de enunciar a obra de Sanches, pergunta: « N'est-ce pas la déjà un curieux aperçu de tout un programme que je n'aurai plus qu'à suivre et peut-être à compléter? »

E eu pergunto: Que maior homenagem poderá prestar um eminente homem de ciência da actualidade ao glorioso português Ribeiro Sanches?

A-pesar-das investigações escrupulosas e minuciosas de Sanches, e da valiosa obra sobre hereditariedade da sífilis já realizada no século XVI e no fim do século XVIII,

¹ O que de Edmond Fournier fôr citado no texto sem outra referência, encontra-se neste seu trabalho.

a noção de hereditariedade da doença de Fracastor é: combatida, ao mesmo tempo, por Hunter em Inglaterra, Berlinghieri na Itália, Swédiaur em França, mas os factos observados no hospital de Vaugirard, fundado em Paris em 1780 para mulheres sifilíticas, veem dar inteira razão aos primeiros, notando a hereditariedade sifilítica e a sua estrema freqüência.

Doublet em 1781, Mahon em 1804, Bertin em 1810 e Lemaue em 1821, ensinam que os filhos oriundos de pai e mãe sifilíticos, ou nascem mortos, ou macerados, ou antes do termo, tendo o aspecto de velhos, como de-crépitos em miniatura; quando escapam, apresentam erupções, dores de olhos, coriza, mas também podem ser sãos aparentemente, vindo a sofrer mais tarde — como já tinha observado Ribeiro Sanches — o que vem marcar o verdadeiro renascimento da concepção de sífilis hereditária.

E êstes estudos são confirmados e ampliados no decorrer do século XIX, de modo a não ser possível contestá-los.

Beaumés admitia a sífilis paterna como a causa mais freqüente da escrófula infantil e Ricord, estudando a etiologia da escrófula, atribui-a à sífilis hereditária, como já o fizera Ribeiro Sanches, e chama-lhe « *scrofulate de vérole* », o que suscita grande celeuma no meio dermatológico e sifiligráfico.

Para não voltar a êste assunto, não resisto a transcrever a opinião recente do ilustre tubercologista Sergeant ¹: « Considero a escrófula como um derivado da sífilis e tenho a convicção de que, se pudessemos, em

¹ Émile Sergeant: *Études cliniques sur la tuberculose* — Paris, 1919.

todos os casos de escrófulas que observamos, investigar a sífilis no passado dos pais, encontrá-la-íamos muitas vezes, senão sempre.»

Valleix e Gubler estudam as lesões viscerais, e Parrot, em 1875, o esqueleto, fazendo das suas malformações e distrofias estigmas de héredo-sífilis; e Parrot considera o raquitismo, como já o fizera Ribeiro Sanches, como sua consequência.

Mas pela mesma época os histologistas presumiam definir a sífilis pelas suas lesões microscópicas, e como o raquitismo não apresenta o que se considera caracteres específicos, patognomónicos de sífilis, Parrot foi combatido e vencido.

Surge em 1882 o sifilígrafo de génio, Fournier, que verificou, pelo estudo dos comemorativos e dos estigmas, a existência de sífilis em 85 a 90 por 100 de tabéticos, a concluir que a sífilis não tem lesões próprias, específicas, patognomónicas, e determina lesões banais, inflamações crónicas, escleroses.

A percentagem de sífilis nos tabéticos, que pelo simples estudo clínico Fournier descobriu, é igual à verificada pelos comemorativos e estigmas nos doentes portadores de lesões específicas, tais como acidentes terciários, gomas da pele, etc. É que a investigação clínica, como notava Fournier, não permite reconhecer a sífilis, duma maneira constante, nos sifilíticos. E, diga-se desde já, os mais modernos meios de investigação científica confirmam inteiramente as conclusões de Fournier.

A obra de Fournier é monumental, genial, e hoje, na fase positiva da sifiligrafia, não se tem feito mais do que verificar com rigor científico, quasi que uma a uma, a verdade das observações, afirmações e previsões dos Ucays, dos Raulins, dos Sanches, dos Fourniers!

Estabelecida em bases sólidas a noção de héredo-sífilis, surge a concepção de sífilis hereditária de segunda geração, que Ucaý, atribuindo à sífilis mal tratada « tantas doenças hereditárias » e a « maior parte das doenças que se vêem nas famílias », parece ter entrevisto já no século xvi, e de que Sanches teve com certeza a noção nítida quando insistia na utilidade de prosseguir a investigação da sífilis nos avós.

Paul e Émile Diday, no artigo já citado de 1884, falando dessa longínqua influência nociva da sífilis, escrevem que é necessário atribuí-la, não só a certos males, mas inculpá-la da « maior parte (*la plus grande partie*) dos males que afligem a humanidade » e acrescentam: « não seriam sómente o pai e a mãe que deveríamos tornar responsáveis pela decadência da família, mas também os avós e os ascendentes mais afastados; a sífilis uma vez entrada num lar, tôdas as gerações sucessivas sentiriam os seus desastrosos efeitos e ser-se-ia conduzido a esta conclusão terrificante dum autor alemão: há famílias que bem merecem o nome de patológicas; vê-se nelas um individuo atingido de epilepsia, um outro de atrofia muscular progressiva, um terceiro é louco, um quarto é tísico, etc., e, quando se vai até à origem do mal, a patologia responde: sífilis. »

Não é já a noção de sífilis de segunda geração que estas eloqüentes palavras contêm, mas a de terceira, quarta, muitas gerações, isto é, a de sífilis atávica, ancestral!

Já o problema da transmissão da sífilis do avô ao neto, quando Fournier, em 1891, o resolveu pela afirmativa, levantou grandes polémicas, pois se ainda hoje nos é difícil averiguar com rigor o passado mórbido dos pais dos doentes que se nos apresentam, torna-se quasi

impossível averiguá-lo nos avós e muito mais ainda nos bisavós.

Mas na literatura médica abundam depoimentos dos mais ilustres e sábios clínicos que demonstram a sífilis hereditária de segunda geração, e alguns de terceira geração. Alguns exemplos apenas:

Ed. Fournier, no seu trabalho sobre *Héredo-syphilis de seconde génération* (1905), reúne as observações de 116 casais tocados, em diferentes graus, de sífilis hereditária, em que houve 369 concepções terminadas por 177 abortos ou crianças mortas em tenra idade, e 192 filhos vivos. Nestas 192 crianças, Ed. Fournier notou 31 sãos e 161 distrofiadas, e destas 22 com lesões manifestas de sífilis virulenta.

Em 1908, Gaucher e Glove publicam a observação dum doente com estigmas numerosos e certos de héredo-sífilis e indemne de sífilis adquirida, casado com uma mulher que nada tinha de suspeito sob o ponto de vista de sífilis. Êste casal apresentava um filho de 13 anos, com isto só: testa saliente, hipertrofia óssea do joelho direito, prognatismo dentário, surdez central bilateral, queratite intersticial, cório-retinite, etc.

Prat e Boisseau, em 1909, publicam a observação duma família em que há um avô sífilítico, pai com estigmas de héredo-sífilis e indemne de sífilis adquirida, assim como a mãe.

Quatro filhos: um de 16 anos, muito débil, com malformações cranianas e dentárias, lesões ósseas, várias fracturas espontâneas e reacção de Wassermann positiva; outro, microcéfalo, morre aos 45 dias; outro, de 11 anos, apresenta atrofia papilar, pigmentação do fundo do olho, reacção de Wassermann positiva; outro de 9 anos, aparentemente são, sem estigmas e reacção negativa.

Babonneix e Tixier, em 1912, publicam duas observações de Gaucher e Hutinel de duas crianças apresentando a doença de Little, netas de sífilíticos.

É sobretudo interessante a observação do Dr. Norlat, publicada também em 1912, por mostrar que um indivíduo aparentemente são, sem estigmas, mas filho de sífilítico, e indemne de sífilis adquirida, pode dar filhos ricos de manifestações específicas: um homem sífilizou-se aos 32 anos, e a sua mulher, perfeitamente saudável, teve nove filhos, sendo todos aparentemente são, excepto o primeiro que apresentou uma queratite intersticial; ora o 6.º filho, uma rapariga saudável e sem estigmas, casa-se aos 21 anos com um homem que nunca teve acidentes específicos, e tem dêste casamento um filho com hipertrofia do fígado e, pouco tempo depois do nascimento, rinite, penfigo palmo-plantar e depois um exantema rubeólico específico que depressa desaparece pelo tratamento anti-sífilítico.

Edm. Fournier narra duas observações de lesões cardíacas em héredo-sífilíticos de segunda geração: 1.ª — uma criança morre aos 5 meses de doença azul, pais indemnes de qualquer tara aparente de sífilis adquirida ou hereditária, mas o avô materno fôra tratado por Ed. Fournier de diferentes acidentes específicos, principalmente uma perfuração do véu palatino e gomas múltiplas espalhadas pelo corpo; 2.ª — criança afectada de lesão mitral congénita, pais indemnes de qualquer tara de sífilis adquirida, mas a mãe era brightica sem que se pudesse incriminar outra causa além de sífilis hereditária. O avô materno foi tratado pelo pai de Ed. Fournier de acidentes de sífilis cerebral.

O prof. Gaucher comunica à Academia de Medicina de Paris, em 1916, uma impressionante observação, pois

apresenta um caso de sífilis hereditária de terceira geração em que o indivíduo da segunda geração é são, sem estigmas, mas com Wassermann francamente positiva: o bisavô morre novo de paraplegia sífilítica; o avô, indemne de sífilis adquirida, apresenta estigmas de hereditariedade (estrabismo, malformação da língua, etc.) e morre de hemorragia cerebral; **pai são**, com reacção de Wassermann francamente positiva, indemne de sífilis adquirida, casado com uma mulher sã e de reacção negativa; três filhos:

Uma rapariga de 9 anos e meio, apresenta escoliose, vegetações adenóides, os incisivos superiores médios muito afastados; outra, de 6 anos, quasi idiota, não falando, tendo andado só muito tarde, apresenta estrabismo convergente, nariz esmagado, dentes afastados; um filho de 3 anos, operado de vegetações adenóides e sofrendo sempre de enterite.

Sífilis hereditária de quarta geração...

É humanamente impossível ir mais além no campo da observação, mas não repugna à inteligência admitir o atavismo da sífilis, depois de admitida, e de certo modo comprovada pelos factos, a sífilis de segunda e terceira gerações.

Paul e Émile Diday, reconhecendo a impossibilidade de demonstrar directamente, pelo estudo de factos de observação, essa influência nociva e longínqua da sífilis, admitem-na no entanto, considerando a doença de Fracastor «uma diátese resultante duma intoxicação virulenta, doença não tendo análoga na nosologia médica» e dizem «que nada na patogenia das diáteses se opõe a que seja assim.»

Acima me referi à dificuldade que se nos apresenta em averiguar com rigor o passado patológico dos pais

dos nossos doentes, e, para melhor avaliar dessa dificuldade, vejamos o que diz o ilustre clínico Sergent ¹: «esta investigação é das mais delicadas e só pode conseguir-se em circunstâncias particulares; é raro, com efeito, que se possa perguntar a um doente se o pai teve a sífilis; é mais excepcional ainda que o doente possa responder a esta pergunta. Para que a pesquisa seja realizável, é necessário que seja a um tempo discreta e segura; estas duas condições encontram-se reunidas quando o médico é ao mesmo tempo o médico dos pais e dos filhos.

Assim se encontra suprimida a formalidade dum interrogatório condenado antecipadamente à inutilidade; os factos falam por si próprios.»

E o eminente tubercologista diz que sempre que pôde procurar a avariose nos antecedentes hereditários dos tuberculosos, a encontrou num dos antecedentes, o pai em geral, e cita interessantes observações em que êle próprio tratou os pais e os filhos. São cinco observações, **em que nenhum dos doentes apresentava o menor estigma de héredo-sífilis:**

1.^o Mulher de trinta anos, apresentando cicatrizes de escrófulas datando da infância, começara há cinco anos uma tuberculose pulmonar de marcha tórpida. O pai, de 76 anos de idade, contraíra a sífilis aos 20. Quando Sergent o conheceu apresentava uma leucoplasia bucal, cicatrizes de gomas e aortite;

2.^o Homem de 22 anos, tendo tido há seis anos hemoptises: vértice direito infiltrado, e por vezes durante dois anos teve surtos congestivos com hemoptises; a expectoração apresentou durante muito tempo bacilos de

¹ Loc. cit.

Koch, que havia um ano não continha. O estado geral melhorara consideravelmente e as lesões pulmonares encontravam-se em via de cicatrização, mercê duma higiene severa e do tratamento mercurial. O pai, tratado por Sergent, contraíra a sífilis dez anos antes de casar e quinze antes do nascimento do filho; é artério-escleroso e apresenta uma leucoplasia bucal;

3.^a Um antigo sífilítico morre de hemorragia cerebral e dois filhos seus são vitimados pela tuberculose, um aos 19 anos em consequência duma pleurisia, outro aos 20 anos de tísica galopante;

4.^a Homem de 20 anos com pleurisia direita e apresentando durante dois anos sinais certos de indurecimento do vértice, acompanhados de surtos febris e de expectoração purulenta com raros bacilos de Koch. O pai, de 60 anos, tinha contraído a sífilis aos 18 anos de idade;

5.^a Embora de tipo diferente, é extremamente curiosa esta observação: um homem era sífilítico havia 8 anos, fôra bem tratado, e havia 6 anos não tivera acidentes. Casa com uma rapariga muito sã e sem tara tuberculosa alguma, e dêsse casamento nasce, cinco anos depois, um filho que no momento da observação tinha 8 anos de idade e era saudável, mas com certos estigmas de héredo-sífilis (dentes de Hutchinson, etc.); ora, nove anos depois do casamento e quatro após o nascimento do filho, a mãe tem uma tuberculose de evolução progressiva, não tendo apresentado em ocasião alguma acidentes sífilíticos. Sergent admite que a doente foi sífilizada, tendo em conta os estigmas do filho, e que foi em virtude desta impregnação do terreno que a tuberculose surgiu, não tendo para ela predisposição alguma a doente.

E Sergent conclui assim: «Se acrescento que, em todos os outros casos de tuberculose que tive ocasião de observar, não pude investigar vestígios da sífilis nos progenitores, vejo-me conduzido a verificar que, nos cinco casos em que esta investigação foi possível, ela deu cinco vezes o mesmo resultado positivo, e que, em nenhum dos cinco casos, o doente apresentava o menor estigma de héredo-sífilis.»

Êstes são os factos que registo, abstendo-me de discutir as opiniões que a propósito dêles expõe Sergent, não vá alguém acoimar-me de petulante.

Num sentido diferente, retrospectivo, eu tenho esta observação: J. M., 34 anos, casada, marido são, negando ter adquirido a sífilis, tem uma filha de 13 anos, débil, com estigmas.

J. M. apresenta saliente a arcada dentária do maxilar superior e de há anos que sofre de cefaleias e ostealgias, tendo sido feito tratamento mercurial pelo falecido Dr. Agostinho de Sousa que avisara logo a família da eminência grave de tuberculose pulmonar. Nunca mais fez tratamento, e em Julho último vi-a pela primeira vez: queixava-se de violentas dores nos membros inferiores, cefaleias, vômitos freqüentes, inapetência, expectoração purulenta, paresia da perna esquerda, não sendo possível a marcha; notei ausência do reflexo patelar esquerdo e exagêro do direito, hipoestesia à picada na perna esquerda, rudeza dos vértices pulmonares e ralas sub-mucosas predominando no pulmão direito. *Pai, mãe e dois irmãos mortos de tuberculose pulmonar*: um irmão aos 21 anos, uma irmã aos 28—dentro portanto da fórmula de San-ches: «surgem catarros e mais tarde a tísica que as vitima antes dos 28 anos.» A doente, tratada pelo neosalvarsan (914), após a quarta injecção, a última de

O^o, 45, apresentou icterícia. A-pesar-de considerar esta icterícia como reacção de Herxheimer, não persisti no tratamento pelo neosalvarsan, e prescrevi-lhe, durante 20 dias, calomelanos *per os*, curando-se da icterícia. Actualmente a doente apresenta a paresia diminuída consideravelmente (mora a 4 quilómetros e vem a pé tratar-se a minha casa), a mesma perturbação de reflexos, mas não tem dores dos membros, nem cefaleia, alimenta-se bem, não acusa expectoração e os sinais auscultatórios são nulos. Está a ser tratada pelo iodo-bismutato de quinino (*Quinby*).

Considero esta doente, se não lhe é feito o tratamento específico conveniente e a tempo, destinada a tuberculizar-se como os irmãos e como os pais. E estes, antes de serem tuberculosos, ou antes, tísicos, não seriam simplesmente sífilíticos, por hereditariedade uns, ou todos, por aquisição outros?

Interessante, sobre todos os aspectos, a observação seguinte de Enriquez e Bensaúde ¹ duma «estenose cardíaca e mesogástrica, depois linite com incontinência pilórica e dilatação duodenal:»

M.^{me} Fr..., 35 anos, nada apresenta a reter nos seus antecedentes hereditários; *perdeu sete irmãos e irmãs de tuberculose pulmonar e um de febre tifóide*. Não se encontra a sífilis nos seus antecedentes pessoais, mas a sua vida privada expô-la certamente. Nunca concebeu; uma metrite aos 19 anos. M.^{me} Fr... data as suas perturbações gástricas duma intoxicação pelo gás de iluminação, sobrevinda em Maio de 1909. A seguir a esta intoxicação, apresentara durante um mês acessos de tosse com

¹ Raul Bensaúde et Lucien Rivet: *Syphilis de l'estomac* — *La Presse Médicale* — 25 octobre, 1919.

escarros de sangue, e desde esta época teria tido dificuldade para engulir. No fim de Junho sobrevieram dores de estômago, com vômitos alimentares e anorexia. Êstes vômitos dão-se depois da ingestão de qualquer alimento, mesmo leite e ovos; a doente expele, com os alimentos, muito líquido, e às vezes fios de sangue. Êstes vômitos são acompanhados de dores violentas no cavado epigástrico. A doente emagrece rapidamente, mas êste emagrecimento começou muito antes do princípio incriminado pela doente. Esta pesava, com efeito, 85 quilogramas em Agosto de 1908; 65,500 em Abril de 1909; 44,800 em Fevereiro de 1910.

Consulta então Enriquez, que nota uma obscuridade dos dois vértices, uma expectoração abundante e suores nocturnos, fazendo pensar em tuberculose; mas, sobretudo, regurgitações esofágicas abundantes, bem explicadas pela radioscopia. Esta indica com efeito a existência duma dupla estenose cardíaca e mesogástrica. A palpação do estômago não revela nenhum sinal notável (6 de Março de 1910).

A doente é então enviada a Bensaúde para uma esofagoscopia, que mostra ao nível do cardia uma ulceração semi-circular, não sangrando; o esófago não está dilatado.

É instituído imediatamente o tratamento específico, sob a forma de injeções de biiodeto de mercúrio a dois centigramas. A 18 de Março de 1910 não há mais sinais de estenose do cardia, e a estenose médio-gástrica parece menos acentuada porque, muito rapidamente após a ingestão do bismuto, a parte inferior do estômago é visível no *écran*, reunida à parte superior por um canal estreito.

A alimentação faz-se melhor, a doente começa a

engordar; pesa, a 23 de Março, 46,400 quilogramas. A 11 de Maio de 1910 não se vê mais no *écran* estenose médio-gástrica nítida e o estômago tem uma aparência quasi normal.

A doente toma por dia 4 litros de leite, 4 ovos, uma costeleta, legumes, chá, chocolate. Pesa 59,800 quilogramas.

A 13 de Maio a reacção de Wassermann mostra-se fortemente positiva. Prescreve-se uma nova série de 10 injeções de biiodeto de mercúrio a 2 por 100. A 13 de Julho de 1910 a doente come de tudo, mesmo grandes pedaços de carne. Fazem-se-lhe de novo 14 picadas de biiodeto. Não apresenta mais perturbação digestiva alguma. A 5 de Setembro de 1910 a doente, recomeçando a emagrecer, é admitida no hospital Saint-Antoine, onde Émery lhe injecta 606.

A 12 de Maio de 1911 a doente conserva um estado geral e um funcionamento digestivo satisfatórios.

Fez vários tratamentos mercuriais no ano.

A-pesar-de perturbações gástricas, a doente passa bem e pode entregar-se a uma vida bastante fatigante. Bensaúde e Enriquez dizem não terem visto recentemente a doente, porque saiu de Paris, mas sabem que estava, à data da publicação da observação (Outubro de 1919), em muito bom estado de saúde.

Sete irmãos e irmãs mortos de tuberculose pulmonar—e seria interessante saber se estão abrangidos pela fórmula de Sanches—e a própria doente com uma sintomatologia pulmonar que faz Enriquez pensar em tuberculose. Mas Bensaúde observa à esofagoscopia uma ulceração semi-circular ao nível do cardíaco, o que levanta a suspeita de sífilis; é feito o tratamento específico e tudo curou...

Fournier observou que o tecido gomoso constitui um excelente terreno para a germinação do bacilo de Koch e é ainda Sergent, com a sua reconhecida autoridade de tubercologista, que transcreve a conclusão de Fournier: « não hesitarei em inscrever a sífilis no capítulo etiológico da tuberculização pulmonar. »

E Sergent afirma: « a predisposição para a tuberculose, criada pela sífilis, não fica limitada ao indivíduo; estende-se à sua descendência. »

Nos primeiros dias de Julho último vi, em conferência, uma pobre menina de 21 anos, com o vértice do pulmão direito, pela face anterior, em fusão, elevada hipertermia, inapetência, etc.

Em Dezembro de 1923 tivera escarros hemoptóicos, anorexia, e entrara de enfraquecer, mas, segundo o assistente, à auscultação nada se notava. Pai e mãe vitimados, ainda novos, pela tuberculose pulmonar. O pai sifilizara-se em solteiro, segundo informes de irmãos e cunhado.

Ausência de qualquer estigma. Emiti a opinião de que deveria ser feito tratamento de prova específico, dadas várias circunstâncias que impossibilitavam o internamento imediato da doente num sanatório, a par, evidentemente, do regime higiênico conveniente. Ouvi dum ilustre clínico: que nada aconselhava o tratamento proposto, que o facto do pai da doente ter sido sifilítico não provava que a doente o fôsse, etc., etc.

A doente foi mudada de ares, a doença progrediu, vindo a falecer no dia 4 de Outubro.

Lembrei-me dêste caso a propósito das opiniões e observações de Sergent, e citarei outros, que reputo interessantes sob êste ponto de vista, quando me referir à « Prova terapêutica ».

Invoco Ribeiro Sanches que nos seus trabalhos, já referidos, « assinala algumas formas de sífilis hereditária caracterizadas pela aparição de escoriações, erosões e crostas em **crianças bem constituídas**, mas a quem na puberdade surgem catarros e mais tarde a **tísica que as vítima antes dos vinte e oito anos.** »

Ribeiro Sanches!...

Landouzy escreveu: **a sífilis faz a cama da tuberculose**; e Sergent: **a sífilis prepara o terreno para a semente da tuberculose**; « **é sobre a observação médica que baseio a minha concepção das relações estreitas que unem a sífilis à tuberculose** ».

Sinto sempre grande contentamento ao ver citado por um ilustre homem de ciência estrangeiro, o nome dum português, e Sergent cita M. Dias, de Lisboa, na sua comunicação ao Congresso da tuberculose de 1905, que sustentava que sífilis e tuberculose são a mesma doença, de tal modo esta depende daquela!

Sergent critica os argumentos de M. Dias, e diz que uma só objecção basta para os abalar: não é raro ver um tuberculoso contrair a sífilis. Não resisto a reparar na pouca consistência dêste argumento, pois são bem conhecidas as reinfecções de sífilíticos, sobretudo de héredo-sífilíticos.

« É necessário — escreve Leredde — renunciar a todo o argumento contra a existência da sífilis, em particular duma sífilis hereditária, num doente, pelo facto duma sífilis nova. »

É a tuberculose por muitos tida como o maior flagelo social, e segue-se na ordem decrescente de gravidade, sobretudo na opinião dos cirurgiões, êste outro flagelo: o cancro.

Mas não haverá entre a sífilis e o cancro, como diz

Sergent a respeito da tuberculose, relações etiológicas muito mais íntimas do que geralmente se pensa?

Não tem sido metódicamente pesquisada a sífilis em doentes cancerosos, e no entanto bem o merecia.

Landouzy estabeleceu, e creio que hoje ninguém o contesta, que toda a leucoplasia é de origem sífilítica, e a leucoplasia é tão reconhecida como causa de cancro que se lhe chama «semente de cancro».

Gougerot resume assim a gênese do cancro da língua: «sífilis, leucoplasia, degenerescência da leucoplasia, cancro.»

A mesma patogenia, diz ainda o mesmo ilustre professor, aplica-se à maior parte dos cancros das outras mucosas pavimentosas: lábios, bôca, faringe, laringe, mucosa bálano-prepucial, vulvar, vaginal e colo do útero, recto e ânus.

Gougerot admite ainda, e julga provável, que a sífilis irrite as mucosas de epitélios cilíndricos e favoreça a produção de adenomas.

O neoplasma, diz Leredde, nasce às vezes ao nível de lesões esclero-gomosas e esclerosas. Outras vezes a lesão específica da sífilis que dá origem à neoplasia parece ausente, mas existe no estado latente, como por exemplo na espessura da mucosa lingual, onde tem sido observada, revelando-se pelo aparecimento de placas mucosas, por fenómeno de reactivação, no decorrer dum tratamento de sífilíticos antigos.

Encontram-se na literatura médica muitos casos de tumores diagnosticados de sarcoma e que curam pelo tratamento específico, e outros que depois de operados recidivam ou aparecem em outro ponto, e a prova terapêutica, só então posta em prática, vem demonstrar que se tratava duma neoplasia puramente sífilítica.

Fournier relata a cura dum tumor da bacia, diagnosticado de ósteo-sarcoma, pelo tratamento específico, feito depois de descoberta a existência de héredo-sífilis num irmão do doente.

Num caso de Nicolas e Fabre foi extirpada cirurgicamente uma grande parte da omoplata por apresentar uma neoplasia diagnosticada de sarcoma; o doente apresentava outros tumores semelhantes que curaram pelo tratamento anti-sifilítico.

Em Dezembro de 1921, Dalimier apresenta à Sociedade de Medicina de Paris a seguinte observação: doente de 50 anos, apresentando um tumor gástrico, emagrecimento, caquexia, imagem radiológica que parecia impôr o diagnóstico de tumor maligno do estômago. A existência de perturbações dos reflexos pupilares fazem suspeitar a sífilis. Um tratamento mixto arseno-mercurial produziu a cura em quatro meses.

Na sessão de 13 de Março de 1924 da Sociedade francesa de Dermatologia e Sifilografia, Louste apresentou, a propósito de «héredo-sífilis ósteo-articular tardia, reconhecida após intervenção», o seguinte caso: rapariga de 20 anos, portadora dum ósteo-sarcoma do fémur, diagnóstico confirmado por Quénu e Michaux e por uma biopsia que dizia também sarcoma. A doente apresentava estigmas dentários e ósseos, e um irmão de 18 anos de idade apresentava também estigmas distróficos não duvidosos.

Louste instituiu primeiro um tratamento mercurial e iodetado. Ao cabo de um mês já não existia *ósteo-sarcoma*.

Louste conclui: «lembro êste facto porque uma desarticulação da coxa teria, não só provocado uma mutilação, mas provavelmente a morte.»

Leredde escreve: «é mesmo necessário nunca operar

um doente portador de *sarcoma* ou de *epitelioma* sem ter estudado com precisão os seus antecedentes, sem ter feito a investigação familiar e praticado pesquisas de laboratório completas. É mesmo prudente submeter os doentes ao tratamento de prova em casos numerosos, em particular quando se trata de sarcomas, que podem ser pura e simplesmente devidos ao treponema.»

E não assistirá razão a Leredde?

Mas o neoplasma pode ter uma origem sífilítica e não ser de natureza sífilítica, não ceder portanto ao tratamento específico, constituindo uma afecção parasifilítica ou, como lhe chama Leredde, episifilítica ou suprasifilítica, no dizer de Audry.

Leredde diz: o epitelioma não é uma afecção sífilítica, mas pode ser de origem sífilítica.

Sergent, procurando explicar a predisposição dos héredo-sifilíticos para a tuberculose, fala «duma impregnação persistente e indelével do organismo pelo vírus sífilítico, envelhecido e atenuado mais ou menos» nos velhos contaminados, «ainda quando a manifestação indicando o estado de actividade da toxi-infecção haja desaparecido há muito tempo» que «fica no estado de modificação humoral»; «a sífilis, diz Sergent, criou um terreno especial e este terreno é transmissível à descendência».

Ora, não será esta noção de «terreno especial» também aplicável à génese do cancro?

Leredde diz: «o mecanismo pelo qual a sífilis pode determinar o cancro não é obscuro, se se atribui êste às irritações histológicas permanentes. Uma simples cicatriz cutânea pode ser a origem dum epitelioma; a sífilis determina escleroses, profundas, *activas*, de duração indefinida; e a frequência, que me parece considerável, dos cancros *episifilíticos*, explica-se pela própria frequência da infecção,

e pelas lesões latentes de que ela é origem num grande número de órgãos.»

Audry ¹ considera como tipo de «doenças suprasifilíticas» o epitelioma que se desenvolve sobre uma leucqueratose lingual e diz que a sífilis se percebe nas mulheres jovens portadoras de cancros do útero, detrás dos neoplasmas ano-rectais, etc., e acrescenta que não sabemos até onde se estende o campo da suprasífilis, tudo levando a crer que o tecido epitelial não é o único capaz de ser desviado duma maneira indirecta e passiva. Muito provavelmente, diz ainda Audry, ha sífilis hereditária ou adquirida sob muitas leucemias.

E Gougerot fala-nos na profilaxia do cancro «tratando melhor e mais longamente os sífilíticos, isto é, modificando o terreno e procurando prevenir os estados precancerosos.»

Sendo assim, como parece, podem-se certamente aplicar ao cancro as expressões de Landouzy e Sergent a respeito da tuberculose: **a sífilis prepara a cama do cancro; a sífilis prepara o terreno para a semente do cancro.**

A tuberculose e o cancro são dois grandes flagelos, mas a sífilis é um flagelo muito maior porque os prepara.

E não constituirá também um grande flagelo social a multidão enorme de imbecis, idiotas, perturbados mentais, débeis intelectuais, inaptos para a vida, etc., com que a cada instante topamos? Pois bem! É a héredo-sífilis ainda a principal causa dêsse flagelo!

E se a imbecilidade, a idiotia, a alienação mental, constituem taras definitivas e irremediáveis — mas que o tratamento cuidado dos progenitores teria evitado — o atraso intelectual pode ainda beneficiar e até, em condi-

¹ *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1924.

ções favoráveis, curar com a terapêutica antisifilítica conveniente.

Segundo Edmond Fournier, o Dr. Joseph Roby, de Manchester, demonstrou a necessidade de investigar a héredo-sífilis em todos os casos de fraqueza intelectual das crianças, tendo citado vários casos em que só a positividade da reacção de Wassermann mostrou a sífilis nos pais. E o Dr. Joseph Roby diz que com um tratamento apropriado conseguiu uma grande melhora das condições físicas e mentais das criancinhas.

E Ed. Fournier fala-nos de serviços especiais reservados para crianças atrasadas, onde não só o atraso mental é considerado como suspeito de héredo-sífilis, mas ainda que, em virtude dum tratamento específico aí instituído convenientemente, se obtem « uma melhora considerável, às vezes mesmo quási uma cura. »

Barthélemy notou que a degenerescência mental pode ser o sintoma único duma sífilis hereditária.

Estudos recentes sôbre as perturbações de secreções internas permitem compreender melhor a patogenia destes males.

A sífilis lesa todos os tecidos e não poupa, antes parece ter uma notável afinidade para os que constituem as glândulas vasculares sangüíneas.

São bem conhecidas hoje pela anatomia patológica lesões sifilíticas do corpo tiroideu, glândulas paratiroideas e supra-renais, hipófise, ovários, pâncreas, testículos, etc., e a clínica bem conhece as suas conseqüências—os sindromas, de etiologia portanto indiscutivelmente treponémica: mixedema, bócio exoftálmico, doença de Addison, obesidade, diabetes, clorose, atrepsia, acondroplasia, reumatismo crónico, distrofias, perturbações mentais, inaptidão para a vida, etc.!

Isto sabe-se positiva, indiscutivelmente; mas quantos e quantos doentes apresentam êstes sindromas resultantes de perturbações secretórias endocrínicas, mas de etiologia considerada obscura, por serem héredo-sifilíticos sem estigmas, sem sero-reacção positiva, sem lesões específicas, e não beneficiam, portanto, da medicação etiológica!

E muitos e notáveis estudos se têm feito sobre as perturbações de secreções internas, mas em que a sua etiologia é descurada, embora o conhecimento desta seja da maior importância sob todos os pontos de vista, doutrinário e prático.

Daí resulta que a patogenia dos sindromas apontados é bastante conhecida e conseqüentemente o seu tratamento sintomático, mas a sua etiologia, e conseqüentemente o tratamento da causa e a sua profilaxia permanecem na obscuridade.

Devem-se a Hutinel e seus discípulos os primeiros estudos sobre as perturbações endocrínicas produzidas pela héredo-sífilis, que projectam já uma grande luz sobre o problema etiológico. Em resultado desses estudos, Hutinel afirma: **a sífilis hereditária, que atinge tantos órgãos, tantos tecidos, tem o primeiro lugar na etiologia da alteração das glândulas vasculares sanguíneas; as lesões glandulares, particularmente os sindromas pluriglandulares, devem pois ser tratados e, antes de ser opoterápica, a sua medicação deve ser antisifilítica.** »

A opoterapia é uma arma terapêutica de valor, mas é uma medicação puramente sintomática, e disso é prova uma das mais recentes e ruidosas descobertas terapêuticas — a insulina.

Os canadianos Banting e Best conseguem em 1921 isolar a hormona produzida pelas ilhotas de Langerhans,

a que Schaefer chamou insulina, nome porque ficou conhecida. Na diabetes pancreática, resultante da hipofunção ou da necrobiose das ilhotas de Langerhans, a injeção de insulina, indo levar ao organismo as hormonas que lhe faltam, produz a atenuação ou até o desaparecimento do síndrome diabético.

No côma diabético, o tratamento conveniente pela insulina consegue por vezes a ressurreição do doente; e o diabético tratado pela insulina consegue viver sem as perturbações que a diminuição da secreção endocrínica pancreática acarreta. Mas, em cessando a cura insulínica, voltam os seus padecimentos dentro em pouco, e, se essa cura é bruscamente interrompida, o doente corre o risco de cair em côma e morrer.

A insulina, medicação de valor, melhora e retarda a evolução do síndrome diabético, e permite que viva o doente condenado a uma morte certa—mas não cura. Compreende-se: a insulina compensa a insuficiência da secreção interna do pâncreas e, quando ainda há ilhotas de Langerhans capazes de funcionar, as estimula—mas se essa glândula de secreção interna estava lesada, lesada ficou.

Qual a causa dessa lesão?

Muitas vezes, sem contestação possível, sabe-se que é a sífilis—e é curioso que, quando a sífilis não é descoberta, se conclui que a causa que origina a diabetes pancreática é desconhecida.

E como a insulina, se comporta toda a medicação opoterápica nos síndromas resultantes de insuficiência de secreções internas.

Mas a diabetes pode ser motivada, como se sabe, por lesões do fígado, do sistema nervoso, das glândulas vasculares sanguíneas—além das lesões das ilhotas de

Langerhans — e tôdas essas lesões podem ser causadas pela sífilis hereditária ou adquirida.

O treponema pode ainda causar perturbações químicas e biológicas que produzem alterações humorais capazes de perturbarem o funcionamento das glândulas de secreção interna, sem que haja uma lesão visceral localizada.

Ao funcionamento das glândulas endocrínicas, preside o sistema nervoso vegetativo — a alteração dêste perturbando aquele.

E não é bem conhecida a electividade treponémica pelo sistema nervoso?

As perturbações endocrínicas tornam ainda comprehensível a patogenia dos estigmas héredo-sifilíticos.

E a observação freqüente de estigmas de héredo-sífilis não vem, por si só, demonstrar a freqüência das endocrinides héredo-sifilíticas?

Os desgraçados que outrora se classificavam, e ainda hoje se classificam, de degenerados, por apresentarem estigmas que Lombroso considerou como sinais de degenerescência, não são mais do que héredo-sifilíticos, e os estigmas o *cachet* da doença dos seus antepassados.

... consola e entusiasma notar que se pode obter, como diz Audrain ¹, « pelo emprêgo dum centígrama de calomelanos cada dia, a correção duma assimetria facial, duma fronte olímpica, mesmo duma ogiva palatina! »

As alterações humorais, estreitamente ligadas às perturbações funcionais das glândulas de secreção interna, explicam a patogenia dum grande número de afecções,

¹ Audrain: — *Sur l'étendue de l'héredo-syphilis* — *Journal des Praticiens*, — 17 Décembre 1921.

mercê dos interessantes estudos a que últimamente tem dado lugar.

Em 1920, o prof. Widal e seus discípulos Abrami e Brissaud formulam a noção de coloidoclasia, que tão rica viria a ser em conseqüências de ordem teórica e prática, permitindo conhecer o mecanismo íntimo de certos síndromas e aplicar novos processos terapêuticos.

A anafilaxia de Richet e a idiosincrasia tornam-se dependentes da coloidoclasia de Widal — isto é, do desequilíbrio dos colóides constituintes dos humores e do protoplasma celular.

E o equilíbrio coloidal, tornado instável por motivos ainda misteriosos, muito relacionados certamente com o funcionamento do sistema endocrínico, rompendo-se, às vezes por causas mínimas, como a presença de imponderáveis da natureza, do frio, certos alimentos, certos medicamentos, dá lugar à crise hemoclásica seguida dos fenómenos clínicos mais estranhos: asma, urticária, perturbações gastro-intestinais, edemas, fenómenos convulsivos, hemorragias, hemoglobinúria, etc., e às vezes a morte!

É o choque coloidoclásico, que como um choque surge, bruscamente evoluindo, e às vezes rapidamente terminando, parecendo, como diz Widal, «resultar da agregação e da desagregação de complexos coloidais.»

E surge a terapêutica, por vezes de resultados tão brilhantes, de dessensibilização, procurando tornar mais estável o equilíbrio dos colóides; e a terapêutica, de certo modo inversa, e não menos brilhante por vezes, provocando o choque coloidoclásico: proteínoterapia, coloidoterapia...

A fragilidade do equilíbrio dos colóides pode ser adquirida ou transmitir-se por hereditariedade, consti-

tuíndo então um terreno especial característico da família, a que Widal chama diátese coloidoclásica.

Já Richet dizia que « as recordações (*souvenirs*) humorais criam a personalidade humoral ».

Ora esta fragilidade, esta instabilidade do equilíbrio coloidal dos humores e plasmas do organismo, é criada pelos micróbios que nêles evoluem, deixando o vestígio da sua passagem.

É, diz o prof. Sicard ¹, a luta de inter-reacção entre as células dos tecidos, os plasmas e a célula microbiana.

Êsse micróbio, essa célula microbiana é muito freqüentemente, de certo a maior parte das vezes, o *treponema* pálido.

Ravaut ² escreve: « existe, na minha opinião, uma verdadeira herança humoral, talvez directa, talvez indirecta e consecutiva às alterações viscerais, glandulares ou tecidulares, mas em todo o caso criando nos herdeiros dos sífilíticos uma tara humoral, um terreno especial sôbre o qual poderão nascer, se se oferece ocasião, as diversas perturbações que hoje atribuímos a fenómenos de sensibilização. »

E Ravaut diz que muito raramente se encontram êsses fenómenos nos que contraem a sífilis, observando-se muito mais freqüentemente nos seus descendentes, a tal ponto que se pode perguntar, quando aparecem num doente tendo contraído a sífilis, se não são muito mais o efeito duma héredo-sífilis oculta do que da sífilis adquirida.

¹ Professeur Sicard:— *Leçons d'ouverture — La Presse Médicale* — 19 Janvier 1924.

² Paul Ravaut:— *Syphilis héréditaire et phénomènes de sensibilisation — La Presse Médicale* — 26 Mai 1923.

«Talvez outras infecções ou diversas intoxicações — escreve Ravaut — possam desempenhar o mesmo papel, mas se se considera que, de tôdas, é a sífilis que parece a mais freqüente e a mais persistente na sua transmissão hereditária, a única que pode reflectir-se sôbre várias gerações, invocando a sua influência, compreendemos melhor o character familiar e hereditário da perturbação humoral que preside muitas vezes ao aparecimento dos diversos accidentes em relação com êstes fenómenos de sensibilização.»

Depois dum interessante estudo clínico, serológico e terapêutico, Ravaut conclui: «penso que a sífilis, sobretudo a hereditária, é a grande infecção perturbadora que, tornando os humores mais frágeis, permite ao organismo reagir sob êstes diferentes modos»; «como diz Widal: «não se sensibiliza quem quere, é necessário um terreno especial.» Muitas vezes, acrescentaremos nós, é a sífilis hereditária que se encarrega de o preparar.»

Finalmente, Ravaut pergunta: «Se considerarmos a latência destas perturbações, a sua transmissão hereditária, a sua extensão a diferentes membros duma mesma família, a acção do tratamento, não se sente por detrás de tôdas estas manifestações a acção oculta da sífilis?»

E depois de salientar que «outras infecções como a tuberculose podem exercer uma influência comparável», o ilustre autor diz: «mas nenhuma, creio eu, tem a importância e a extensão da sífilis.»

Mas a extensão, o domínio da sífilis, não tem limites, loucura portanto avançar demasiadamente por um terreno que não tem fim.

Notemos, para terminar, que aquela imensa extensão do território da patologia dominado pela sífilis que já hoje é bem conhecida, nos mostra Ucay, Sanches, o

autor alemão referido por Diday, Fournier, confirmados quási inteiramente pela observação minuciosa, pelas reacções humorais, pelos meios terapêuticos mais modernos, pela própria evidência do treponema!

Nas suas lições de 1877-1878, Manuel Bento de Sousa dizia assim: « não tenho escrúpulo de lhes repetir o que há muitos anos li, se bem me lembro, em Zambaco — tôda a doença, que por abstrusa se não saiba o que seja, é sífilis. »

Êste abstruso — que me quere parecer aqui sinónimo de *essencial, idiopático, artrítico, constitucional, idiosincrásico*, etc., etc. — vai desaparecendo, e a etiologia *sífilis* melhor se comprehende e mais se confirma, à medida que a sciência médica progride. E muito tem progredido, indubitavelmente, nêste primeiro quartel do século xx!...

Criptosífilis

Insuficiência dos meios actuais para o diagnóstico da sífilis

« Ce qui nous préoccupe, ce n'est plus la syphilis que l'on voit, mais la syphilis qu'on ne voit pas. »

LEREDDE.

« Dans des cas où l'examen le plus complet ne permet de constater aucun signe, aucune trace d'infection, la présence du spirochète peut se révéler d'une manière inattendue. »

LEREDDE.

A EXUBERÂNCIA dos accidentes externos da sífilis, isto é, das suas manifestações primárias, secundárias e terciárias visíveis, tem diminuído através dos tempos.

Fracastor dizia que, na grande epidemia de 1493-1494, o acidente primário era pertinaz e quando se conseguia curar um, outros apareciam em lugar diferente, de modo que havia que recommençar sempre o mesmo tratamento; depois apareciam na pele pústulas com crostas que se abriam sempre ao cabo de alguns dias, exsudando uma quantidade inacreditável dum licor sanioso e fétido, e, uma vez abertas, essas pústulas tornavam-se verdadeiras úlceras fagedénicas que consumiam não só a carne, mas os próprios ossos.

Quando eram atacadas as partes superiores, havia fluxões malignas que roíam, ora o palatino, ora a traqueia-artéria, ora a garganta, ora as amígdalas; alguns doentes perdiam os lábios, outros o nariz, outros os olhos, outros as partes vergonhosas; sobrevinham ainda grandes dores nos membros antes, depois, ou ao mesmo tempo das pústulas, tornando-se insuportáveis, sobretudo durante a noite; inchavam o rosto e as pernas; alguns eram torturados por longas dores de cabeça que não cediam a remédio algum; e aos doentes caíam os cabelos e os pêlos do corpo, não tendo uns barba, a outros faltando as sobrancelhas, outros ficavam com a cabeça calva, o que tudo lhes dava um aspecto ridículo.

O poeta Jean Lemaire em 1528 descrevia assim a doença a que Fracastor chamaria sífilis:

« Mais en la fin, quand le venin fut meur,
 Il leur naissait de gros boutons sans fleur
 Si très hideux, si laids et si énormes,
 Qu'on ne vit onc visages aussi difformes

 Peu de guéris en sort, de morts beaucoup. »

Mas Fracastor notava, já no seu tempo, que a doença diferia do que outrora era, vendo-se menos pústulas e mais tumores gomosos, sendo as pústulas mais sêcas e as dores, quando surgiam, menos crueis—perfeitamente ao contrário do que acontecia nos primeiros anos.

Muitos dos antigos sifilígrafos eram de opinião que a sífilis não só se transformara, mas se atenuara, se suavizara, e Fracastor, que foi o primeiro a notar o facto, attribuía-o à diminuição e enfraquecimento dia a dia do vírus.

Paul e Émile Diday, mais próximo de nós, em 1884, escreviam que a gravidade da sífilis era « manifestamente » muito maior outrora do que nos seus dias, e a sua contagiosidade proporcional à sua intensidade.

Convem notar desde já que a *gravidade* da sífilis não diminuiu, muito embora tenham diminuído a sua contagiosidade e a intensidade dos seus acidentes exuberantes — paradoxo aparente de que com alguma minúcia tratarei.

No tempo de Diday, viam-se casos de sífilis desaparecerem depressa, aparentemente, em indivíduos negligentes que a não tratavam e por isso a supunham benigna, superficial. Eram acidentes benignos, efêmeros, que passavam sem remédio algum — o que deu lugar à existência das escolas abstencionista do tratamento mercurial, e mercurialista oportunista.

A primeira foi perdendo cedo em adeptos, e a segunda teve brilhantes defensores, entre os quais Diday, Mauriac, Tenneson, Duscastel ¹.

Dessas escolas, a-pesar-de inteiramente vencidas pelos trabalhos geniais do grande Fournier, ainda hoje é freqüente encontrar-se influências mais fortes do que *a priori* se pode supôr.

Em 1901 escrevia o prof. Audry que « em clínica não há sífilis sem cancro; não há sífilis criptogenéticas, mas somente sífilis criptocarcínicas. »

Pois, mercê de numerosas observações e de pesquisas metódicas, o mesmo prof. Audry pensa actualmente « que a metade talvez das sífilis não teve cancro na sua aurora » e diz-nos que, « na realidade, no homem e na mulher, muitas vezes não há anamnísticos,

¹ Alfred Martinet: *Les médicaments usuels* — Paris, 1912.

porque não há antecedentes», chamando «sífilis endógenas a tôdas aquelas em que o cancro e os exantemas faltaram»¹.

Não será de mais repetir que Leredde define o acidente primário da sífilis, dêste modo: «cancro sífilítico é, pura e simplesmente, uma lesão genital, às vezes extragenital, na qual se encontra a espiroqueta da sífilis. O diagnóstico faz-se pelo exame parasitológico.»

«A sífilis—escreve Audry²—não é a doença regular e cíclica, tendo um comêço, um fim, períodos, etc.—ou pelo menos não o é sempre—sendo necessário mesmo perguntar se o é habitualmente.»

Os autores clássicos diziam que, ao contrário das outras doenças infecciosas, a sífilis percorre as diversas fases da sua evolução sem provocar reacções térmicas—*morbis gallicus est morbis absque febre*—e hoje conhecem-se muitos casos de sífilis em que uma febre prolongada é o seu único sintoma revelador, mascarando-se por vezes de tuberculose, hepatite amibiana ou palustre, colecistite supurada.

Assim, Dupont, em 1921, relata um caso de hépatosífilis de forma hipertrófica acompanhada de febre durante alguns meses—o que desorientava o diagnóstico. Esta febre foi jugulada em algumas horas por 0g,15 de novarsenobenzol.

O prof. Chiray e Alfred Coury³ perguntam, pela

¹ G. Bernadet:—*La syphilis acquise sans chancre*—Thèse de Toulouse, 1922. Vid. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*—Avril 1924.

² Ch. Audry:—*Syphilis endogènes et cryptogénétiques. Leur fréquence*—*Bruxelles Médical*—2 novembre 1922.

³ M. Chiray et Alfred Coury:—*La syphilis fébrile*—*La Presse Médicale*—28 Décembre 1921.

mesma época, «se, num grande número de casos, febres inexplicadas não têm por substracto sífilis hepáticas *latentes*», e dizem sentirem-se tentados a «admitir que muitas perinefrites e perihepatites febris não têm outra origem e são erradamente atribuídas quer à tuberculose, quer a lesões infecciosas post-litiásicas da vesícula biliar.»

Os mesmos autores relatam um caso que clínicos muito distintos diagnosticaram de colecistite calculosa, num doente em que, depois de operado por de Martel, se descobriu um fígado cheio de gomas e uma visícula aderente, não contendo pús nem cálculos.

Netter, em 1916, relata a observação de dois doentes, sífilíticos antigos, apresentando acessos febris do tipo pseudo-palustre ou tifóide, ou melitocócico, com espleno-megalia, acessos que num datavam de há dez meses, noutro de há perto de vinte anos, que, rebeldes a tóda a medicação, cederam rapidamente ao tratamento específico. Glaser observou duas doentes semelhantes, e uma delas, admitida sete vezes no hospital, de 1907 a 1909, por uma febre contínua, sofreu sucessivamente, e sem resultado, múltiplas operações destinadas a combater a hipertermia: laparotomia exploradora, dilatação anal, ablação do etmóide e trepanação dos seios frontais!

O aparecimento duma placa mucosa da língua fez notar a existência da sífilis e instituir consequentemente um tratamento específico. A febre foi jugulada e a doente aumentou 12 quilogramas de peso.

É caso para se dizer: felizes os que têm placas mucosas!

Foi-me contado, por um meu contemporâneo e amigo, o caso dum médico do Pôrto, muito da sua convivência, a quem foi posto o diagnóstico de tuberculose pulmonar pelos mais conceituados tuberculogistas do

nosso meio, e conseqüentemente aconselhado o regime e tratamento tónicos.

O doente tivera hemoptises, que de vez em quando se repetiam, e febre vespertina que o não deixava, a-pesar-do rigor do regime; mas um dia (e aqui é que convem dizer: *um belo dia*) aparece num braço uma manifestação específica, com grande surpresa do doente que nunca suspeitara da existência de infecção sifilítica na sua pessoa.

Feito o tratamento anti-sifilítico, curou não só a manifestação *específica*, mas desapareceram também todos os fenómenos que levaram ao diagnóstico de bacilose pulmonar, podendo o médico entregar-se novamente, e à vontade, ao desempenho da sua profissão.

Terrien apresenta em 1923, à Sociedade de Pediatría, uma criança em que uma febre prolongada faz pensar em abcesso do fígado ou em apendicite: a operação demonstrou a presença de gomas hepáticas.

Langenberg relata uma febre de aspecto nitidamente tifóide, cuja natureza sifilítica só foi revelada por accidentes ósteo-pereósticos e mucosos, e um caso de febrícula vesperal prolongada sem sinais físicos que, após a verificação de uma Bordet-Wassermann positiva, curou pelo tratamento específico.

Gautier observou uma mulher com febre, de 1913 a 1920, que alguns sinais pulmonares fizeram considerar, juntos ao aspecto geral, como tuberculosa, até ao dia em que uma reacção de flocculação positiva fez com que fosse praticado um tratamento novarsenobenzólico.

A febre caiu logo à primeira injecção.

Langenberg interroga-se justamente — escreve Marcel Bloch — a este propósito, se certos estados febris prolongados, etiquetados de tuberculosos, com sinais este-

toscópicos mínimos e não evolutivos, não são simplesmente sífilis desconhecidas.

Marcel Bloch ¹, depois de relatar casos de febre prolongada em que, ao cabo de muito tempo, uma localização específica veio mostrar a natureza da afecção, diz que é necessário não esperar por essas localizações para fazer o diagnóstico, pois podem aparecer só depois de meses e até anos (no caso de Netter, acima referido, 20 anos!) de sofrimento e, sobretudo, podem faltar completamente.

Para o demonstrar, Bloch apresenta três casos de febre absolutamente *pura*, com longos meses de evolução, sem qualquer localização cutânea, mucosa ou visceral antiga ou recente, sem qualquer acidente suspeito nos cônjuges, descendentes ou colaterais, e em que, portanto, nem os médicos, nem os doentes podiam suspeitar da sífilis causal.

Depois de se ter pensado em tuberculose, febre palustre, febre tifóide, febre de Malta, e de, em conformidade, terem sido feitos os tratamentos sem resultado, por exclusão de partes se suspeitou da sífilis, que a positividade da reacção de Bordet-Wassermann veio acentuar e o tratamento anti-sifilítico confirmar—tendo a acção dêste sido instantânea, na expressão de Bloch, sobre a febre.

E Bloch diz que «justamente a ausência completa de sinais físicos e o paradoxo duma tão longa evolução febril poderão permitir, de ora avante, estabelecer o diagnóstico mais precoce e verificá-lo pela terapêutica».

¹ Marcel Bloch: *La fièvre prolongée unique symptôme révélateur de syphilis anciennes méconnues—La Presse Médicale—* 17 Mai 1924.

Marcel Bloch termina o seu interessante estudo, dêste modo: «evitar-se-há assim deixar indefinidamente certos doentes etiquetados de tuberculosos ou impaludados ou de fazer praticar intervenções exploradoras à busca de focos supurados que não existem».

Já anteriormente, em 1921, Chiray e Coury¹ haviam escrito que é necessário «que desapareça o dogma da sífilis doença apirética nos seus estados avançados, dogma que creem muito perigoso e na base dos mais lamentáveis êrros de diagnóstico. É necessário que, de ora avante, ao contrário da doutrina comumente admitida, a observação duma febre prolongada suscite no espírito dos médicos, não mais sòmente a hipótese de tuberculose pulmonar ou ganglionar, hipótese de que tanto se tem abusado, mas também a de sífilis latente em evolução. E o que dizemos da febre prolongada do adulto poder-se-ia talvez aplicar também a essas febres prolongadas das crianças, febres ainda tão discutidas e que desorientam muitas e muitas vezes o médico e desolam sempre as famílias».

Nas três instrutivas observações de Marcel Bloch, a reacção de Bordet-Wassermann foi fortemente positiva, «coisa notável—observa o autor—para uma sífilis tão tardia e parecendo tão pouco desorganizadora nas suas lesões orgánicas».

Efectivamente, segundo Leredde e o serologista Rubinstein, a sero-reacção aparece geralmente cêrca de vinte e cinco dias depois do princípio do acidente primário, aumentando rapidamente de intensidade e tornando-se, no período da roséola, normalmente hiperpositiva; depois atenua-se, mesmo nos indivíduos não tratados ou

¹ Loc. cit.

mal tratados, e pode tornar-se espontaneamente negativa ainda no decorrer do período secundário. Só em casos excepcionais a reacção de Wassermann fica indefinidamente positiva. Nos sífilíticos com reacção negativa, esta pode frequentemente tornar-se positiva quando sobrevêm acidentes superficiais ou profundos.

Mas a sero-reacção pode ser positiva em doentes que não apresentam, aparentemente pelo menos, acidentes em evolução; e pode ser negativa em doentes que apresentam acidentes, quer a infecção seja adquirida, quer seja hereditária.

Em regra a reacção de fixação na sífilis tende a tornar-se latente, como os fenómenos clínicos: dois, três anos após o principio da sífilis, notam-se muitas vezes reacções fracas ou mesmo o desaparecimento de toda a alteração serológica verificável pelos meios actuais. Na sífilis hereditária podem-se encontrar reacções duma intensidade extraordinária, mas as reacções negativas são comuns, mesmo em casos de acidentes em actividade.

Efectivando uma proposta do prof. Madsen, presidente do Comité de Higiene da Sociedade das Nações e director do Instituto Seroterápico do estado dinamarquês, para que fossem empreendidas investigações sôbre os diferentes métodos de sero-diagnóstico da sífilis, reuniram numa primeira conferência em Londres, no Ministério de Higiene, em Dezembro de 1921, representantes dos principais Institutos científicos de todo o mundo.

Em segunda conferência, realizada em Paris, no Instituto Pasteur, em Novembro de 1922, foram apresentados os relatórios das investigações feitas: as percentagens de reacções de Bordet-Wassermann positivas *em*

casos de sífilis averiguada foi de 59,3 para Madsen, 69 para Müller, 37,2 para Kolle, etc, etc.

Em resumo: *número pouco elevado de reacções positivas em sífilis bem averiguada* e variação considerável de autor para autor. O motivo dessa discordância é que cada autor escolheu para as suas investigações doentes em diferentes estados da infecção. Assim, Kolle, que encontrou uma percentagem mais baixa, intencionalmente escolheu para as suas experiências um grande número de casos de sífilis primária e de sífilis latente.

O que importa aqui é a verificação dêste facto: **um grande número de sero-reacções negativas em casos de sífilis averiguada.**

Como os resultados desta conferência não fôsem plenamente satisfatórios, o Comité de Higiene da Sociedade das Nações decidiu convocar uma nova conferência, que reüniu no Instituto Seroterápico de Copenhague no fim de 1923, e que resultou uma assemblea de técnicos representando os mais importantes institutos da Europa. Nessa conferência reconheceu-se por unanimidade que a reacção de fixação da alexina, ou seja a reacção de Bordet-Wassermann, se mostrou muito mais sensível do que os métodos de floculação (processos de floculação de Sachs-Georgi, Meinicke, de Dreyer ou sigma-reacção, etc.).

A percentagem de reacções de Wassermann positivas, em casos bem averiguados de sífilis, foi de 56 a 63.

Mas em certos casos em que a sífilis não oferecia dúvida alguma, e a reacção de Wassermann foi negativa, as reacções de floculação foram positivas.

O relatório oficial da conferência exprimiu-se nêstes termos: «Os trabalhos da presente Conferência mostra-

ram que as reacções de floculação não podem, actualmente, substituir-se à reacção de Wassermann. É necessário porém sublinhar o facto que deram, no decorrer desta reunião, reacções positivas em um certo número de casos de sífilis, enquanto que a reacção de Bordet-Wassermann era negativa e ainda que esta se tenha, no conjunto, mostrado mais sensível. Recomenda-se, por conseguinte, praticar concomitantemente a reacção de Bordet-Wassermann e as reacções de floculação, esta combinação tendo dado os melhores resultados».

Estas reacções foram executadas por serologistas como Wassermann, Müller, Bordet, Harrison, Hirszfeld¹...

É que a reacção de Bordet-Wassermann é duma técnica muito delicada, uma das mais delicadas do laboratório médico², e o seu valor depende da autoridade do serologista que a executa.

A autoridade dum analista depende da longa experiência de investigações serológicas, pois «as dificuldades da serologia aplicada são extremas». (Leredde.)

«Ela constitui, para bem dizer — escreve Leredde — uma ciência especial, e as investigações práticas que comporta não podem ser confiadas senão a homens capazes de prosseguir êles próprios investigações originais ou, pelo menos, seguir de perto a evolução duma arte que está em evolução constante».

... e o ilustre sifilígrafo lamenta «que não exerçamos ainda uma fiscalização severa sôbre os laboratórios

¹ S. Mutermilch: *La Société des Nations et le problème de la standardisation du séro-diagnostic de la syphilis* — *La Presse Médicale* — 13 Août 1924.

² Henri Drouin: *La Syphilis* — Paris, 1923.

aos quais pedimos pesquisas que interessam à saúde e à vida dos nossos doentes».

Leredde refere-se, é claro, aos laboratórios de França.

Entre nós...

Eu possuo boletins de reacção de Wassermann, com a assinatura dum nosso eminente homem de sciência, com esta conclusão: «Reacção de Wassermann absolutamente negativa, não se harmonizando com as suspeitas de infecção sifilítica».

Um dia, depois de ter completado um tratamento específico a um doente, a quem já me referi, que apresentara uma «reacção de Wassermann fortemente positiva» e, no decorrer da cura, uma «reacção de Wassermann suspeita», remeti ao mesmo laboratório o doente clinicamente curado, que por motivos especiais ocultou ao analista o resultado dos exames anteriores, munido duma carta minha em que eu pedia uma reacção de Wassermann *como confirmação do efeito do tratamento*.

Recebi, dias depois, o boletim respectivo com a conclusão:

«Reacção de Wassermann absolutamente negativa não se harmonizando com as suspeitas de infecção sifilítica».

Um tanto surprêso—pois eu declarara previamente, na minha carta, ter feito um tratamento anti-sifilítico enérgico ao doente—com tal conclusão—«não se harmonizando com as suspeitas de infecção sifilítica»—fui dizer ao ilustre analista que tinha, não fortes suspeitas, mas a certeza clínica e laboratorial da infecção sifilítica do doente que eu tratara intensa e enérgicamente, e mostrei-lhe os boletins anteriores por êle firmados. Então,

à conclusão foi acrescentado o adjectivo « activa », ficando dêste modo redigida :

« Reacção de Wassermann absolutamente negativa, não se harmonizando com as suspeitas de infecção sifilítica activa. »

Mas nem assim está certo...

Estas conclusões são da maior importância e gravidade, pois são lidas por pessoas sem preparação para as interpretar, quasi sempre até pelos próprios doentes, que chegam a confiar mais nelas do que na opinião contrária do clínico.

« Que se trate de sífilis adquirida e ainda bem mais de sífilis hereditária — escreve Paul Ravaut ¹ — a reacção de Bordet-Wassermann falha muitas vezes ainda mesmo que existam sinais clínicos ou estigmas certos permitindo fazer retrospectivamente o diagnóstico da natureza sifilítica dos accidentes observados. Êste facto é bem conhecido... »

E Leredde afirma: « Em qualquer sifilítico, fora de todo o tratamento, a sero-reacção, mesmo feita segundo os métodos mais sensíveis, pode ser negativa; **pode ser negativa em sifilíticos em actividade**. A sero-reacção não tem valor sob o ponto de vista etiológico senão nos casos em que é positiva ».

Mas se a reacção de Bordet-Wassermann peca por não revelar duma maneira constante a sífilis onde ela existe, mesmo em plena actividade, parece não pecar por defeito contrário, isto é, por a revelar onde ela não existe.

O que se objecta mais freqüentemente à reacção de

¹ Paul Ravaut: *Syphilis héréditaire et phénomènes de sensibilisation* — *La Presse Médicale* — 26 Mai 1923.

Bordet-Wassermann é a inconstância dos resultados fornecidos pelos exames feitos em vários laboratórios.

Wassermann respondeu a tal objecção enviando soros simultaneamente a dois laboratórios, o seu e outro, em que a técnica empregada lhe inspirava plena confiança, e encarregou um árbitro, o Dr. Bickel, do envio dos soros, com números diferentes, aos dois laboratórios. 50 soros foram examinados e 48 deram um resultado concordante, num e noutro dos laboratórios: — 28 reacções negativas, 14 positivas, 6 duvidosas.

Os outros dois soros foram classificados como duvidosos num laboratório, tendo o outro laboratório considerado um exame como positivo, o outro como negativo.

É clássico admitir-se que a sero-reacção pode ser positiva nos leprosos e nos impaludados.

A êste propósito, escrevem Rubinstein e Leredde: «as reacções positivas a que aludimos foram observadas nos casos em que o sôro fôra conservado durante vários meses. Ora, basta às vezes quarenta e oito horas, mesmo nos nossos climas, para que o exame dum sôro, mesmo asséticamente recolhido, não autorize uma resposta de valor científico».

Entre nós, as reacções de Bordet-Wassermann só se fazem às sextas-feiras, com os soros colhidos durante a semana...

E os ilustres autores continuam: «na lepra, no paludismo, o exame do sôro feito duma maneira rigorosa com titulação da alexina (Calmette, Bonjean, Mathis) dá *sempre* resultados negativos, a não ser que os doentes sejam simultaneamente sífilíticos.»

Leredde diz que nunca encontrou, por seu lado, uma sero-reacção positiva, determinada no seu laboratório por Rubinstein, num indivíduo no qual a sífilis não

pudesse ser demonstrada por um outro meio, às vezes pelo efeito do tratamento, e que, portanto, « uma reacção positiva — assinada por um serologista autorizado — revela duma maneira certa a existência da sífilis ».

Freqüentemente a reacção de Bordet-Wassermann é positiva, e portanto demonstra a existência da sífilis em casos negativos ou duvidosos sob o ponto de vista clínico, sendo mesmo o seu único sinal — o que mostra, como diz Leredde, que **« a sífilis fornece um exemplo admirável duma doença geral, infecciosa, que pode, em alguns casos, apresentar uma grande intensidade, ainda mesmo quando nenhum fenómeno clínico a revele »**.

A grande freqüência da positividade da sero-reacção em certas afecções permitiu reconhecer a origem sifilítica destas e alargou o domínio da sífilis além das previsões de todos os sifilígrafos, mesmo os mais audaciosos. Behring, por exemplo, em 32 *ménages* em que se não encontrava explicação alguma de repetidos abortos e partos prematuros, onde a anamnese e a clínica não revelavam índice algum de especificidade na mãe, pôde diagnosticar uma sífilis latente pela reacção de Bordet-Wassermann que se mostrou positiva 28 vezes; e o professor Fordyce, de New-York, observou que as mulheres sãs em aparência, que são mães de filhos sifilíticos, têm *sempre* uma Bordet-Wassermann positiva e estão num período latente de sífilis.

E assim se compreende que Leredde diga que a primeira frase dum capítulo consagrado ao diagnóstico da sífilis, deve ser esta: **sinal algum, quer se trate de sinais clínicos, quer de sinais de laboratório, negativo, permite excluir a sífilis.**

Mas a reacção de Bordet-Wassermann pode ser negativa no sangue e positiva no líquido céfalo-raqui-

diano, sendo o único sinal revelador da sífilis, como é um belo exemplo o caso de meningite sífilítica terciária, com acidentes febris de tipo pseudo-palustre, relatado por Schaeffer ¹: homem de 29 anos, sem nada de particular nos seus antecedentes hereditários ou pessoais; *teve uma febre tifóide* e afirma nunca ter tido a sífilis. Adeoceu com arrepios acompanhados de cefaleia intensa, tendo tido depois vômitos que se repetiram por duas ou três vezes e obstipação desde o principio da doença. Apresentava o aspecto clássico do síndrome meníngeo típico: deitado em gatilho de espingarda, ventre em batel, coxas flectidas sobre a bacia, rigidez da nuca e Kernig muito acentuados, fotofobia e dor à pressão dos globos oculares, vômitos porráceos, constipação pertinaz, cefaleia torturante que o faz gemer e um pouco de raquialgia. Aparecem depois perturbações oculares, estrabismo convergente, diplopia, desigualdade pupilar ligeira. Alguns acessos febris paroxísticos de algumas horas, elevando-se a temperatura a 41°.

O exame do sangue nada mostra de particular, a fórmula leucocitária é normal e não se encontram hematozoários.

Ao doente, no entanto, é prescrito quinino durante oito dias consecutivos. Três punções lombares em 16 dias dão líquido claro, linfocitose, 0,35 de albumina, e pesquisas cuidadas do bacilo de Koch foram sempre negativas. A reacção de Wassermann, só feita ao líquido céfalo-raquidiano da última punção, foi francamente positiva. Em virtude disto, é feita ao doente uma série de

¹ H. Schaeffer: *Méningite syphilitique tertiaire avec accidents fébriles à type pseudo-palustre* — *La Presse Médicale* — 8 Septembre 1923.

injecções intravenosas de novarsenol, e todos os sintomas desaparecem rapidamente, excepto as perturbações oculares e a alteração do líquido céfalo-raquidiano, em que a Wassermann continua a ser positiva. A sero-reacção no sangue foi negativa. O doente encontrava-se muito bem após cinco injecções de novarsenol e saíu do hospital para não mais voltar.

Schaeffer confessa que pensou tratar-se duma meningite tuberculosa, pois «o doente apresentava o quadro completo, muito completo talvez para um adulto»; mas a positividade de Bordet-Wassermann no líquido céfalo-raquidiano, a ausência de bacilos de Koch, a evolução clínica favorável — eram a garantia duma meningite sífilítica. E devia ser uma meningite terciária, pois a ausência de qualquer fenómeno cutâneo-mucoso e a Bordet-Wassermann negativa no sangue permitem supor a antiguidade da infecção.

A sero-reacção no líquido céfalo-raquidiano pode ser negativa ainda mesmo na sífilis nervosa intensa e até, afirma Leredde, «em quasi todos os casos de meningite sífilítica a sero-reacção do líquido céfalo-raquidiano é, bem ao contrário, negativa».

De outras reacções, que revelam alterações do líquido céfalo-raquidiano, o mesmo se pode dizer.

As reacções de Lange, de oiro coloidal, e de Guil-lain, Léchelle e Laroche, de benjoim coloidal, que veiu substituir a primeira, são de grande valor para o diagnóstico e prognóstico da sífilis cérebro-espinhal. A reacção do benjoim coloidal é específica, pois Laroche ¹ diz que

¹ Guy Laroche: *Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. — Les quatre reactions — Journal des Praticiens* — 19 Mars 1921.

é sempre negativa com os líquidos normais e ainda com líquidos de sífilíticos não atingidos de lesões do sistema nervoso.

Laroche escreve: «as únicas reacções sub-positivas regularmente observadas fora das afecções sífilíticas dizem respeito à esclerose em placas. Êste facto já observado com o oiro coloidal, é tanto mais interessante que, segundo investigações recentes, esta doença bem parece ser de origem espiroquética ».

Laroche, continuando, diz que a reacção do benjoim coloidal parece mais do que a reacção de Bordet-Wassermann estar em relação com o estado evolutivo da sífilis nervosa, sendo pois o seu valor prognóstico muito importante.

Mas a reacção do benjoim coloidal parece ser paralela à Bordet-Wassermann, e ambas prestam os maiores serviços quando revelam a sífilis nervosa no primeiro período ou período preclínico, como lhe chama Ravaut, da sua evolução, que se não traduz por sinal clínico algum, e quando verificam o efeito terapêutico no segundo período ou período clínico, em que há a exteriorização dos fenómenos nervosos, e que pode aparecer só alguns anos depois do primeiro.

«O facto da reacção de Bordet-Wassermann no sangue—escreve Guy Laroche—poder ser negativa mesmo após reactivação nos doentes do primeiro grupo (no período preclínico), quer tenham sido ou não recentemente tratados, demonstra a necessidade da punção lombar, que pode permitir realizar uma verdadeira *biopsia* do sistema nervoso.»

Achard, Souques, Guillain e outros autores atribuem grande valor semeiológico à reacção do benjoim coloidal na esclerose em placas, pois nesta afecção há quasi sem-

pre uma dissociação entre as reacções de Bordet Wassermann e do benjoim coloidal, sendo a primeira negativa e a segunda sub-positiva ou positiva ¹.

Com reacção de Bordet-Wassermann e do benjoim coloidal positivas ou negativas na sífilis nervosa, o líquido céfalo-raquidiano apresenta freqüentemente alterações na sua constituição física, química e citológica, « determinadas, no dizer de Leredde, pela proliferação do treponema ao nível do sistema nervoso ».

Hipertensão, leucocitose, albuminose, presença de globulinas — são alterações freqüentes do líquido céfalo-raquidiano dos sífilíticos. Se há 1,5 ou mais glóbulos brancos por milímetro cúbico de líquido, Leredde considera êste como patológico; um número mais elevado, 20, 30, 40 leucocitos por mm.³ no período secundário significa uma meningite activa, susceptível das mais graves complicações, e na sífilis antiga revela graves alterações do nevreiro.

A existência de alguma ou algumas destas alterações « indicam, diz Leredde, simplesmente a existência duma meningite que pode ser devida a outros agentes além do treponema. Mas, na prática, num doente atingido duma afecção crónica, trata-se de sífilis ».

O mesmo sífilígrafo é de opinião que a existência dessas alterações no líquido céfalo-raquidiano, num doente com uma afecção crónica qualquer, faz suspeitar a sua natureza sífilítica e diz que freqüentemente se pode notar nos sífilíticos antigos alterações do líquido

¹ Georges Guillain et Robert Marquézy: *Étude sur le liquide céphalo-raquidien dans la sclérose en plaques; La valeur diagnostique des reactions colloïdales — La Presse Médicale — 17 Mai 1924.*

céfalo-raquidiano «sem sintomas clínicos e com a ausência duma sero-reacção sangüínea».

Da influência que sôbre as alterações do líquido céfalo-raquidiano exerce o tratamento específico, exagerando-as primeiro (reactivação meníngea), por efeito de reacção de Herxheimer, atenuando-as ou até fazendo-as desaparecer depois, Leredde formula métodos de diagnóstico a que chama processos de *meningo-diagnóstico da sífilis*.

As lesões do líquido céfalo-raquidiano, muito precoces na sífilis, avaliadas por Ravaut em $\frac{2}{3}$ dos casos no período secundário e observadas por Dind 15 vezes em 15 casos desde o fim do período primário, explicando a freqüência dos acidentes nervosos nos sífilíticos, permitem compreender a sua patogenia, pois demonstram a existência duma lesão meníngea desde o princípio da sífilis.

E Leredde afirma que «se existem sífilíticos que não apresentam no princípio nem fenómenos cutâneos, nem fenómenos mucosos, não existe nenhum que não apresente meningite. Esta meningite, é sabido, revela-se às vezes clinicamente: existe uma meningite sífilítica aguda comparável à meningite tuberculosa».

Mas o líquido céfalo-raquidiano pode não apresentar alteração alguma, ser absolutamente normal, na sífilis nervosa e, portanto, com maior força de razão, em qualquer outra localização treponémica.

Como o líquido céfalo-raquidiano, o sangue também apresenta na sífilis alterações da sua constituição, á parte as reveladas pelas sero-reacções já atrás referidas.

Lancereaux, Jakoch, Loos, Dominici, puderam determinar no recém-nascido e nas crianças sífilíticas uma verdadeira diátese hemorrágica; o prof. Bar disse que

« a sífilis é uma das causas mais importantes das hemorragias dos recém-nascidos »; Lequeux na sua tese, em 1906, concluía que « entre as diversas taras hereditárias que reagem sôbre as crianças para produzir na primeira infância hemorragias graves, a tara sifilítica é a que se coloca em primeiro lugar »; Balzer, falando de hemoglobinúria paroxística, diz que « tudo parece bem demonstrar que a hemoglobinúria paroxística, chamada *a frigore*, é na realidade, como as outras hemoglobinúrias, sintomática duma doença infecciosa. E o papel capital da sífilis é hoje considerado como certo na patogenia desta perturbação mórbida: só o modo segundo o qual êle se exerce está ainda obscuro ».

Os trabalhos recentes de Widal e seus continuadores sôbre coloidoclasia têm esclarecido, diga-se de passagem, a patogenia da hemoglobinúria paroxística *a frigore*¹.

Ed. Fournier diz que das suas observações pessoais, e mais ainda do grande número de observações coligidas na literatura médica, « parece resultar em tôda a evidência que a sífilis hereditária é a causa senão exclusiva, pelo menos principal da hemoglobinúria paroxística ».

Minet, em 1910, numa notável memória sôbre 73 observações, e Sevestre na sua tese, em 1912, estudaram as modificações da fórmula sangüínea na héredo-sífilis; outros hematologistas dedicaram-se ao mesmo estudo, procurando no sangue modificações próprias da sífilis, específicas, mas desanimaram, por só encontrarem fórmulas hematológicas banais que pertenciam a tôdas as infecções crônicas.

¹ F. Widal, P. Abrami et Et. Brissaude: *Étude sur certains phénomènes de choc observés en clinique: signification de l'hémoclasie* — *La Presse Médicale* — 3 Avril 1920.

Mas Leredde ¹ nota que a sífilis é a mais freqüente das infecções crônicas e que a observação das alterações banais do meio sangüíneo é, por si só, um sinal de presunção em favor duma infecção treponémica adquirida ou hereditária. Na criança de tenra idade que não apresenta perturbações digestivas, a sífilis — diz Leredde — é na prática a única causa que pode explicar a presença de alterações banais do meio sangüíneo — e quando existem perburbações digestivas, estas podem muito freqüentemente ter uma origem sifilítica.

E Leredde fala do resultado das suas observações pessoais sob o ponto de vista das alterações hematológicas que encontrou nos héredo-sifilíticos: em 21 doentes, de 9 meses a 25 anos, atingidos de sífilis congénita *provada*, nem um só apresenta uma fórmula hematológica normal; em 25 indivíduos, o mais novo dos quais com 50 dias e o mais velho com 15 anos de idade, nascidos de mães com sífilis *provada*, encontrou as mesmas alterações hematológicas, com excepção dum único apenas, em que os números eram normais, mas ainda os glóbulos rubros estavam diminuídos (4 milhões) e eram microcitos; as mesmas alterações, embora de menor intensidade, o que Leredde atribui a mero acaso, em 21 indivíduos de pais *provadamente* sifilíticos.

Depois de apresentar 27 observações de crianças anémicas, entre as quais havia um grande número em que o estudo clínico não revelava sinal algum patológico ou em que existiam apenas perturbações de valor discutível, Leredde conclui o seu interessante artigo dizendo

¹ Leredde: *Les anémies syphilitiques familiales et le diagnostic de la syphilis infantile* — *Journal des Praticiens* — 1^{er} Décembre 1923.

que «o estudo hematológico, permitiu reconhecer uma sífilis cuja existência era simplesmente possível e afirmar um diagnóstico etiológico, na medida em que se pode fazê-lo na ausência de sero-reacção positiva e de sinais *específicos*».

Num trabalho mais recente ¹, Leredde recorda que o exame do sôro é *sempre* insuficiente, pois o seu resultado é muitas vezes negativo, e preconiza «o estudo do meio sangüíneo que, pelo contrário, pode fornecer sinais de presunção do mais alto valor, pode permitir mesmo reconhecer a infecção na fase *preclínica* nos casos em que não existe sintoma algum anormal e tratar, o que é o ideal, a sífilis congénita no seu período latente».

Hipoglobulia, hipocromia, monocitose, leucocitose, é — escreve Leredde — a fórmula normal duma infecção crónica.

«Encontram-se muitas vezes tôdas as alterações, ou então estão associadas duas a duas; algumas vezes, só se encontra a hipoglobulia, ou a hipocromia, ou uma monocitose.» O ilustre sifilígrafo afirma que «quando uma criança que parece duma saúde normal, que tem pais de saúde normal, apresenta hipoglobulia, hipocromia, uma monocitose, uma leucocitose, associadas ou reünidas, não podemos mesmo já, no estado presente da medicina, falar de anemia (tomado êste termo num amplo sentido) idiopática, essencial. Pelo menos só podemos fazê-lo depois de ter prosseguido sem resultado tôdas as investigações que permitem descobrir a sífilis ou a tuberculose ou uma outra infecção crónica. Do mesmo modo,

¹ E. Leredde: *Le diagnostic de la syphilis héréditaire et les altérations du milieu sanguin* — *La Presse Médicale* — 30 Juillet 1924.

não podemos já falar de vegetações essenciais ou de estrabismo essencial, sem ter feito estas investigações.»

E Leredde diz que em todos os casos de hidrocele de crianças encontrou alterações sangüíneas manifestando uma infecção crónica, o mesmo dizendo das crianças afectadas de escoliose, «cuja origem héredo-sifilítica deve sempre ser presumida». Leredde verificou que o tratamento anti-sifilítico modifica duma maneira profunda as alterações hematológicas, tanto mais facilmente quanto mais novos são os doentes. Esta acção do tratamento é específica, diz Leredde, no sentido de depender das propriedades treponemicidas do agente terapêutico, e a existência da sífilis pode ser demonstrada pelo estudo das modificações que sobrevêm no meio sangüíneo sob a acção da terapêutica anti-sifilítica. A êsse estudo chama Leredde *hemodiagnóstico*.

... mas é ainda Leredde que nos diz que «no adulto, as alterações ficam extremamente freqüentes, mas são muitas vezes menos acentuadas do que na criança: existem doentes de 30 ou 40 anos affectados de sífilis congénita certa, cujo estado hematológico é normal».

No entanto, por tudo o que fica dito sôbre a possibilidade de reconhecer a sífilis latente, isto é, sem o menor sinal clínico, se vê quanto estamos perto do «progresso imenso da medicina», visionado por Claude Bernard:

«A medicina, dizia Claude Bernard, teria realizado um progresso imenso, se fôsse possível prever no estado de saúde as diferentes predisposições mórbidas e predizer o aparecimento do perigo».

Para êsse imenso progresso não só o laboratório tem concorrido, mas também, e muito, a observação clínica.

Pois não nos é possível hoje apreender, muito antes que o doente sofra, perturbações oculares, motoras, sensitivas, psíquicas, cardíacas, renais, etc., que são para o médico o sinal de alarme, a muito tempo de distância, de lesões nervosas, cardíacas, etc, etc.?

Se puzermos em prática todos os meios já hoje conhecidos para a pesquisa da sífilis, de certo ela raramente nos escapará, mas é forçoso reconhecer que a-pesar-de tudo, ainda não há, como no tempo de Alfred Fournier, um processo que revele duma maneira constante a sífilis onde ela existe.

«A ausência de caracteres clínicos, *de ordem específica*— escreve Leredde— não permite, não pode **nunca** permitir por si só, assim como a ausência de comemorativos, o mesmo se dando com a ausência de estigmas, negar a existência da sífilis».

E assim se sabe que o domínio da sífilis desconhecida clinicamente é enorme, como o demonstram os processos de pesquisa laboratorial; e que o domínio da sífilis absolutamente desconhecida— que nem a observação clínica, nem o laboratório revelam— é possivelmente imenso— permite-o supor o facto tão freqüentemente observado da sífilis num dado momento se evidenciar onde sinal algum autorizava a suspeitá-la!

Sífilis desconhecida, sífilis obscura, sífilis latente, criptosífilis— são territórios do domínio da sífilis que a observação minuciosa e os processos mais delicados de diagnóstico vão devassando; o que para um observador é sífilis obscura, para outro é sífilis bem conhecida; o que num certo momento científico é criptosífilis, em outro instante é sífilis incontestável; o que hoje é ainda obscuro no domínio da sífilis, será amanhã território sem segredos para a sifillografia!

E até onde irá êsse domínio?

É clássica a lei de Profeta: «A criança reconhecida sã, nascida duma mãe sífilítica, não pode contrair a sífilis pelo aleitamento nem por qualquer outro contacto. Esta imunidade não se estende, de resto, por tôda a existência».

Esta imunidade vai diminuindo, e o filho de mulher sífilítica pode reinocular-se de sífilis, que se manifestará tanto mais dramáticamente quanto mais tenha diminuído a imunidade conferida pela infecção congénita.

Na sífilis, como nas outras doenças infecciosas, um primeiro ataque confere uma imunidade relativa — imunidade que aumenta com as reinoculações que se repetem.

Na tuberculose é bem conhecido o chamado fenómeno de Koch ¹; na sífilis, fenómeno idéntico levou Auzias-Turenne à sua *Sifilização* — terrível ilusão de profilaxia e cura.

Foi terrível, como regista a história, a primeira epidemia de sífilis; terríveis foram as manifestações externas, patenteando-se impressionantes os acidentes visíveis e indubitáveis da doença.

E a história não regista outra epidemia de sífilis, e os sifilígrafos notaram a moderação progressiva das manifestações mais evidentes da infecção; hoje há, herdada ou adquirida, a sífilis que se não vê, que durante um largo período de tempo se não sente, que quando se sente não se reconhece: — é a **criptosífilis**.

Escreve o prof. Audry ²: «talvez uma imunidade relativa consecutiva à saturação das raças, transformasse

¹ A. Calmette: *L'infection bacillaire et la Tuberculose chez l'homme et chez les animaux* — Paris, 1923.

² Prof. Ch. Audry: *Précis élémentaires des maladies vénériennes* — Paris, 1922.

felizmente o grande flagelo do século xvi, e não se voltarão mais a ver êsses tempos em que, segundo a tradição popular, o rei, o papa e o imperador eram todos sifilíticos.».

Talvez, com mais propriedade, se possa dizer que eram todos, no século xvi, *sifilíticos com sífilis evidente...* Depois...

Mas a lei de Profeta, que diz respeito ao indivíduo, aplicada às gerações, não permitirá compreender a gênese da criptosífilis?

E a sífilis adquirida obscura, desconhecida, não o será apenas por o indivíduo que a contrai ser um heredo-sifilítico?

De facto, para Gaucher e Rostaine, Gougerot, Queyrat e Pinard, a hereditariedade específica atenua a gravidade da sífilis adquirida.

... mas é princípio aceite em sifiligrafia que as sífilis ruidosas no começo não são sempre as mais temíveis, sendo necessário reservar o prognóstico longínquo mesmo quando os primeiros períodos da infecção se mostraram de grande benignidade...

Investigação da sífilis na família

Prova terapêutica

« Pour le médecin, qui a conservé l'esprit clinique, mais a acquis l'esprit étiologique, qui ne cherche pas de preuves absolues et sait que la syphilis ne peut être toujours démontrée par des moyens directs, les présomptions fournies par l'enquête familiale peuvent mener à un diagnostic dont la valeur pratique est assez souvent celle d'un diagnostic de certitude ».

LEREDDE ¹.

« Naturam morborum curationes ostendunt ».

(ADÁGIO ANTIGO).

« Le traitement d'épreuve reste donc la première et la dernière ressource ».

COUGEROT.

A EXISTÊNCIA extremamente freqüente de sífilis que se não reconhece, avaliada por Leredde em 95 %₀, pelo menos, dos casos de héredo-sífilis, em 20 %₀ nos homens e 50 %₀ nas mulheres que adquiriram a sífilis, e a quasi impossibilidade em que o clínico, por variados motivos, se encontra muitas vezes de recorrer ao laboratório, e por outro lado a necessidade instantânea de conhe-

¹ E. Leredde: *Essai sur le diagnostic de la syphilis héréditaire* — *La Presse Médicale* — 4 Avril 1923.

cer a etiologia duma afecção ou de evitar esta — evidenciam a importância duma pesquisa minuciosa da sífilis nas famílias.

A sífilis hereditária tardia, que melhor será dizer sífilis hereditária com manifestações tardias, reconhece-se, antes dessas manifestações, pelo conhecimento do passado mórbido dos ascendentes directos e colaterais, pela descoberta de sinais actuais ou de antecedentes de sífilis nos irmãos ou irmãs do doente — e a observação da sífilis numa pessoa permite presumir, e até muitas vezes afirmar, a existência da doença noutros indivíduos da mesma família.

Assim, se um filho é héredo-sifilítico, a mãe, embora sã em aparência, é sifilítica latente, como o desmonstrou o prof. Fordyce, encontrando *sempre* uma sero-reacção positiva nas mães de crianças héredo-sifilíticas.

Importante sob todos os aspectos a seguinte observação de Leredde ¹: M.^{me} Frank, de 50 anos, bem constituída, sem qualquer estigma, reacções serológicas negativas, líquido céfalo-raquidiano absolutamente normal, de boa saúde aparente, áparte algumas perturbações digestivas; tem uma filha de 16 anos com prurigo desde a infância, e que apresenta, além doutras alterações, uma sero-reacção positiva do líquido céfalo-raquidiano, e um filho de 14 anos meio año.

A M.^{me} Frank é feita uma injeção de novarsenobenzol em dose fraca, que ocasiona uma reacção de Herxheimer representada por perturbações gástricas violentas, anorexia, raquialgia, que a doente sofre durante oito dias.

¹ E. Leredde: *Le diagnostic de la syphilis héréditaire et les alterations du milieu sanguin* — *La Presse Médicale* — 30 Juillet 1924.

O marido nega todo o antecedente de sífilis adquirida e a sua sero-reacção é negativa, mas apresenta uma leucoplasia comissural duvidosa.

O ilustre sifilógrafo, depois de acentuar a importância desta observação sob o ponto de vista doutrinário, «em virtude da ausência de toda a alteração humoral», pergunta «se se pode negar entretanto a sífilis numa mulher cuja filha tem uma sero-reacção positiva do líquido céfalo-raquidiano, verificada por um serologista consumado, e acompanhada, de resto, doutras alterações»; e responde: «já ninguém crê, ninguém pode crer que a infecção possa transmitir-se dum homem aos filhos, sem atingir a mãe».

A sífilis da mulher pode, pois, ser reconhecida pela descoberta da sífilis no filho ou no marido.

No mesmo estudo, Leredde relata esta observação:

M.^{me} O..., 38 anos, queixa-se de fadiga antiga, de abalos noturnos nos membros. Os reflexos, o coração, o estado dentário são normais. O líquido céfalo-raquidiano é hipertenso, apresenta pequena albuminose (0,35) e vestígios de globulinas, mas a reacção de Bordet-Wassermann é negativa. Não teve filhos nem abortos. *O marido é tabético.*

Melhoras nítidas, francas, no decorrer dum tratamento pelos arsonobenzenos.

Observação de Bensaúde, Rivet e Leopold-Lévy ¹: mulher de 35 anos, *cujo marido está afectado de tabes fruste*, e ela própria tem, no seu passado, um abôrto e perturbações visuais que cederam ao mercúrio. Em Janeiro de 1916, em plena saúde aparente, é tomada de

¹ Raul Bensaúde et Lucien Rivet: *Syphilis de l'estomac* — *La Presse Medicale* — 25 Octobre 1919.

violentas hematemeses seguidas de melena. O diagnóstico de sífilis gástrica foi pôsto e confirmado pelos prof. Hayem e Gilbert e pelo Dr. Darier; reacção de Wassermann fortemente positiva.

Observa-se uma melhora rápida pela hectina; e, em seguida a um tratamento mercurial e a uma estação em Luchon, a cura é completa e definitiva: nenhuma perturbação gástrica reapareceu depois.

Nas «*Nouvelles études sur la Syphilis*», de Leredde: M.^{me} B..., 36 anos, sofre há um mês de dores, primeiro limitadas ao nível da parte esquerda do pescoço, estendendo-se depois na continuidade do membro superior até à mão, dores de princípio brusco e muito violentas, que se atenuaram muito ligeiramente com o tratamento por pontas de fogo, injeccões de morfina, electroterapia. *O marido, sífilítico, apresenta uma glossite terciária e sero-reacção fortemente positiva.*

A doente cura após oito injeccões de novarsenobenzol de 0^g,10 a 0^g,60, tendo sido a primeira seguida de dores violentas em virtude de reacção de Herxheimer.

«É hoje certo — escreve Leredde — que um grande número de mulheres, casadas com homens sífilíticos e cuja sífilis foi tratada regularmente, durante quatro ou cinco anos, antes do casamento, estão elas próprias infectadas.»

E com maior força de razão, é evidente, se o marido não se tratou com regularidade...

Interessante e demonstrativa esta observação:

M.^{me} Her..., 28 anos, bem constituída, mesmo vigorosa, sem estigmas, apresenta uma roséola sífilítica recente e reacção de Bordet-Wassermann fortemente positiva; tem um filho de 8 anos, héredo-sífilítico bem

caracterizado: dentes crenelados e desviados, palatino ogival, fraco.

A mãe de M.^{me} Her... teve um abôrto e morreu de aneurisma aos 43 anos. Uma irmã da doente sofre de enxaqueca, vertigens, perturbações gástricas, intensas crises de acroasfixia, muito penosas, sobretudo no inverno, não apresenta estigmas e a sero-reacção é negativa. Um irmão, de 28 anos, sofre desde a infância de cefaleia, com scintilações visuais, raquialgia, e teve, até aos dez anos, incontidência de urinas. Não apresenta estigmas e a sero-reacção é negativa.

Nêste caso não se pode negar a hereditariedade de segunda geração do filho, pois M.^{me} Her..., a-pesar-de bem constituída, é uma héredo-sifilítica, como o demonstra o estado da irmã e do irmão, e o passado mórbido da mãe, e sendo certa a aquisição recente da sífilis, como o prova a roséola e a intensidade da Bordet-Wassermann.

Supondo que o filho de M.^{me} Her... não apresentava estigmas de héredo-sífilis, não os apresentando também sua mãe, e que sofria duma dessas afecções de natureza indefinida, não poderíamos basear fortes suspeitas de etiologia treponémica no conhecimento do estado mórbido da tia e do tio, e do passado patológico da avó, que autorizassem um tratamento de prova?

A propósito da pobre menina de 21 anos, numa conferência a que já me referi, filha de pai provavelmente sífilítico, querendo eu convencer que se fizesse um tratamento de prova, lembrei que seria útil examinar com cuidado o irmão da doente, na pesquisa dum sinal, e informei da existência da sífilis em colaterais, entre os quais um tio paterno da doente que apresentara uma osteíte duma costela, curada pelo tratamento específico.

Que os colaterais não vinham para o caso, que o filho dum sifilítico pode não ser sifilítico. . .

Recordo os casos de tuberculose pulmonar de Sergeant, atrás referidos, em que o ilustre tubercologista obtem os melhores resultados com o tratamento anti-sifilítico, a cuja aplicação foi levado *só pelo conhecimento da sífilis paterna*.

Edmond Fournier advoga a necessidade de tratar todos os filhos de pais sifilíticos; Lévy Fraenkel conclui, numa memória do maior valor sôbre «aortites agudas e crónicas e o ateroma na sífilis hereditária», que «é legítimo tratar activamente, desde o nascimento, todos os héredo-sifilíticos, *mesmo se são sãos em aparência*».

Na observação de Fournier, já referida, dum tumor da bacia qualificado de ósteo-sarcoma, o grande sifilígrafo foi levado ao tratamento específico, que curou, pela descoberta da sífilis hereditária no irmão do doente.

Edmond Fournier conta êste caso impressionante: um rapaz apresentava havia 15 dias um corrimento mínimo, absolutamente seroso, assético, e que julgava ser o início duma blenorragia; Edmond, não sabendo a que attribuir êsse corrimento, aconselhou esperar, mas seis semanas depois o doente voltou apresentando uma grande tumefacção epididimária, bosselada, dura, indolor.

Ed. Fournier manda o doente sucessivamente a dois mestres da cirurgia e a um mestre da medicina e os três, unanimemente, diagnosticaram uma manifestação bacilar e aconselharam a operação no mais breve espaço de tempo possível.

Ed. Fournier sabia, porém, que o pai do doente era sifilítico, e pediu àquele autorização para revelar ao filho, que não queria aceitar a hipótese que Edmond lhe apre-

sentara sob o nome de sífilis ignorada ou contraída na infância, a sua hereditariedade.

O doente recusou enèrgicamente a intervenção cirúrgica e consentiu em se deixar tratar. O tratamento foi irregular, mal seguido, mas não obstante, ao cabo de oito a dez meses, a tumefacção epididimária tinha-se reabsorvido completamente e o doente está actualmente casado. E Ed. Fournier conclui: «nem por isso deixo de estar inquieto sôbre o futuro da sua descendência que um tratamento perfeitamente insuficiente a meu ver, não poderia pôr ao abrigo dos perigos da hereditariedade segunda».

Mas se a sífilis do pai dêste doente, conhecida por um feliz acaso, não fôsse conhecida, não valeria a pena, não seria até um dever, tentar um tratamento de prova?

Depois de conhecer um caso como êste, e o mais que se segue, eu confesso que não hesitaria.

O prof. Audrain atribui um grande valor diagnóstico da sífilis na família ao estado de vulnerabilidade, de eminências e coincidências mórbidas, às inferioridades de resistência, às singularidades de evolução dos estados patológicos — tamanho valor «que podem conduzir ao diagnóstico, na ausência de outros sinais».

Audrain diz que não pensava certamente há vinte anos na sífilis quando procurava compreender sob que influência certas famílias, muitas vezes das mais distintas, e estranhas a qualquer hábito alcoólico, apresentavam uma morbidez extrema, com singularidades clínicas desconhecidas na maior parte.

«Notavam-se nelas — escreve Audrain — reacções desconcertantes, sucedendo a acidentes mórbidos violentos; os indivíduos eram quási todos anormais, agitados, bulímicos, excessivos.

Notavam-se nelas a freqüência do cancro, dos tu-

mores, das lesões nervosas, do tabes e da paralisia geral, das vegetações adenóides, da apendicite, das distrofias, das coletrias, etc.». Mas um dia Audrain descobriu a existência da sífilis num antepassado duma dessas famílias, onde nunca ninguém suspeitara de tal, e, orientado neste rumo, Audrain diz ter descoberto «em tôdas as outras estigmas hereditários», tendo podido algumas vezes fixar uma data ao contágio primitivo.

E o ilustre sifilígrafo diz que nas primeiras gerações se observavam lesões localizadas ou sistematizadas, e nas últimas as localizações só se observam ao nível das glândulas endocrinas, estendendo-se as alterações a todo o organismo.

«Um síndrome desenvolveu-se com nitidez nos últimos héredos—escreve Audrain—a vulnerabilidade dos órgãos linfóides, seguindo uma sucessão invariável: nariz, nasofaringe, amígdalas e ansas delgadas, apêndice, depois anel ano-rectal».

É interessante, por múltiplos motivos, a observação, de 4.^a ou talvez de 5.^a geração, duma família em que Audrain pôde, por minuciosa pesquisa, considerar como indemnes de tara notável os cônjuges que não figuram na observação: o bisavô era um temperamento agitado, duma sentimentalidade excessiva, bulímico e provavelmente um pouco alcoólico, sofrera de crises de asma e de enfisema, tendo sido considerado como afectado desde a infância duma cardiopatia grave. Morreu em 1855 de angina de peito, com 45 anos de idade, e deixou duas filhas: a mais velha, hipertrícósica, com uma dentição desordenada, era agitada, invejosa, mística, casa aos 25 anos e concebe duas vezes, duma nascendo um filho morto e macerado, doutra um filho que vive algumas horas apenas; esta mulher teve cedo delírio de perse-

guição e morreu de congestão pulmonar, depois de ter tido frequentes crises de enfisema.

A filha mais nova tem uma infância valetudinária: estreiteza narinária e mais tarde rinite atrófica e microdontismo; pneumonias de repetição até à idade de 19 ou 20 anos; zona de alopecia da metade direita da nuca, sem cicatrizes; radiais sinuosas; aos 40 anos enfisema, bronquite crónica com broquectasia, insuficiência tiroideia, sensibilidade excessiva, língua escrotal, bulímia e constipação pertinaz; aos 68 anos, reumatismo deformante e morre aos 72 anos.

Teve 4 partos: dos dois primeiros os filhos são fracos, agitados de noite e têm o aspecto de velhos, morrendo um ao cabo de um ano, o outro aos quinze meses. O terceiro está quasi constantemente doente até aos quinze anos: tem queratite que deixa leucomas, impetigo recidivante, sarampo, pneumonias e congestões pulmonares múltiplas; é bulímico, muito magro, character exaltado, instável. Casa e tem três filhos: o mais velho, macrocéfalo, o lóbulo da orelha inserindo-se directamente, apresenta insuficiência hepática, enterite da infância, vegetações adenóides; a segunda, uma filha, tipo de insuficiência tiroideia, desenvolvimento (palavra, marcha, crescimento) retardado, vegetações adenóides, hipertrofia do corneto, otite média e só é menstruada aos 17 anos; o terceiro apresenta insuficiência hepática, vegetações adenóides, otite média e enterite da infância.

O mais novo, quarto irmão da mãe destes últimos, foi saudável na infância, muito activo, apresenta uma erosão cupuliforme nos incisivos inferiores, reumatismo articular aos 18 anos, icterícia aos 20, insónias, nevropatias, manias, radiais sinuosas (reproduzindo o tipo materno), goma pulmonar, aos 40 anos, com gangrena sem febre,

que surge em plena saúde e cura espontaneamente em três semanas; êste doente faz um tratamento pelos calomelanos durante perto de cinco anos e aos 50 anos sofre de reumatismo crónico. É casado, sem filhos.

Audrain diz que a investigação mais minuciosa permite afastar a hipótese de sífilis adquirida, a não ser no bisavô que, ainda assim, talvez não fôsse, êle próprio, sífilítico de primeira geração.

E o autor pergunta: «Pode-se discutir aqui a existência da sífilis?»

Audrain termina o seu notável artigo ¹, depois de considerar a agitação física e psíquica como um sinal do maior valor de héredo-sífilis, dizendo: «faz pensar na inteligência dos corcundas, no génio dos Beethoven e dos Maupassant, nos quais bem parece que uma toxina excitante traz ao organismo devastado uma supra-excitação única, que se não encontra em nenhum outro estado patológico».

E já num trabalho anterior ², Audrain escrevera: «encontrar-se há quási sempre a influência específica na origem desses males diversos que abatem certas famílias em que a morte grassa sob tantas formas, meningites, apendicites, tuberculoses de marcha rápida. Encontrar-se há ainda a mesma influência específica quando os pais de aspecto vigoroso observam nos filhos perturbações desconcertantes, infantilismo, raquitismo, desvios ósseos, distrofias múltiplas, adenoidites, pé-bôto ou simplesmente a eminência mórbida permanente. Seria necessário citar

¹ J. Audrain: *Sur l'étendue de l'héredo-syphilis* — *Journal des Praticiens* — 17 Décembre 1921.

² J. Audrain: *La Syphilis obscure* — Paris, 1911.

tôda a patologia para fazer uma revista desta seqüela da sífilis ignorada».

A estas famílias é freqüentíssimo ouvir-se chamar neuro-artríticas.

O artritismo! Sousa Júnior costuma dizer que «é um poema do grande poeta que foi Bouchard»; White declara que não existe senão na imaginação dos franceses; Hebra pergunta, irónicamente, qual é a sua fórmula química ¹...

«O meio essencial do diagnóstico da sífilis hereditária—diz Leredde—encontra-se no exame dos indivíduos vivos pertencentes à família do doente, no estudo das afecções de que sofreram os que morreram, na *investigação na família*».

E a investigação da sífilis na família não interessa só à descoberta da sífilis hereditária, pois—escreve ainda Leredde ²— «é necessária mesmo ao diagnóstico da sífilis adquirida». «Tôda a mulher de sífilítico pode ser infectada, do mesmo modo que todo o marido de mulher sífilítica, mesmo nos casos em que o casamento se realizou muito tempo depois do princípio da infecção. Entre outros exemplos, posso dizer que nunca encontrei, até agora, mulher casada com um paralítico geral em quem não tenha notado uma sero-reacção positiva ou uma afecção devida ao treponema e curável pelo tratamento, ou que não tenha tido abortos, perdido um filho em tenra idade ou cujos filhos não sejam héredo-sifilíticos».

A necessidade e enorme importância da investigação da sífilis na família impõem-se em absoluto se aten-

¹ E. Fergue: *Précis de Pathologie Externe*—Paris, 1922.

² E. Leredde: *Essai sur le diagnostic de la syphilis héréditaire*—*La Presse Médicale*—4 Avril 1923.

tarmos nestas afirmações de Leredde: «Muitas vezes o héredo-sifilítico é um individuo pouco vigoroso: **eu conheço-os que são atletas**. Diz-se que o héredo-sifilítico é feio: **eu tenho-os visto que são de uma beleza notável**. Um grande número apresenta estigmas; **há-os que não apresentam estigma algum**».

Mas quantas vezes é difficil, mesmo impossível, investigar a sífilis na família dos nossos doentes!

Basta lembrar que Sergent, na sua numerosa clientela, só em cinco casos conseguiu, com segurança, conhecer o passado mórbido dos pais dos seus doentes — e isto porque déles tinha sido médico!

Por isso, e porque a sífilis é a causa mais freqüente de tôdas as doenças crónicas, quantas e quantas vezes há que recorrer ao tratamento específico, como prova que pode conduzir ao diagnóstico etiológico e, ao mesmo tempo, freqüentemente à cura do doente.

Escreve Gougerot: «devemo-nos convencer da freqüência da sífilis e das suas lesões viscerais; **é-nos necessário lembrar que a sífilis pode reproduzir tudo, simular tudo, que ela existe nas circunstâncias mais inverosímeis e que o tratamento de prova, muitas vezes instituído por intuição e sem prova, «*fez milagres*», salvou doentes perdidos**.

Audrain conta:

«Observei um caso de fractura espontânea do fémur numa rapariga de 14 anos, de que eu desesperara após exame minucioso da doente e de todos os seus. O tratamento específico, estabelecido em respeito ao principio geral, produziu uma cura completa».

Mas o tratamento de prova está de há muito justificado, desde o caso clássico narrado por Brambilla no seu *Traité du Phlegmon*, publicado em 1777: «receitou-se um electuário a um tísico que estava numa situação

desesperada. Por um descuido do boticário, o electuário foi dado a um doente venéreo para se friccionar e o tísico recebeu o unguento mercurial, em lugar do electuário, para tomar. Êste, não suspeitando do descuido, tomou dêste unguento cêrca do volume duma noz moscada duas a três vezes por dia, e curou radicalmente da sua doença, com grande espanto do médico que soube depois, por acaso, do boticário, como se tinham passado as coisas».

Na carta a Ribeiro Sanches, escrita também em 1777, Gaubius «recordou-se de alguns doentes aos quais, depois do uso interno de grande número de remédios, administrou os mercuriais, como *ultima salutio anchora*, sem nenhuma suspeita de mal venéreo, e colheu resultados surpreendentes».

E, segundo Alfred Fournier, já anteriormente, em 1712, Maurice Hoffmann relatava uma observação, orgulhando-se de ter curado pelo mercúrio uma epilepsia sobrevinda numa rapariga de 9 anos, «de ilustre nascimento», tratamento a que foi levado por saber que «o pai da sua doente fôra infectado de avariose tanto quanto se pode sê-lo».

Hoje grandes clínicos e mestres aconselham e exemplificam assim: «**creio que é dever do médico** — escreve Edmond Fournier a propósito de cefaleias — **pensar na sífilis, procurar todos os sintomas denunciadores, todos os estigmas, vasculejar a anamnese do doente, assim como a dos seus colaterais e ascendentes, recorrer às investigações biológicas e mesmo na ausência de qualquer espécie de informe, recorrer a um tratamento de prova que bem pode muitas vezes tornar-se um tratamento curativo**».

O Dr. Anders, de Filadélfia, invoca em apoio da sua opinião sôbre a freqüência da etiologia sífilítica das

afecções do coração, a maneira de proceder do Dr. James Tyson que, sistematicamente, prescreve, no dispensário a que pertence, em primeiro lugar, mesmo nos casos de reumatismo, iodeto de potássio a todos os doentes tendo uma afecção do coração e da aorta; e se o iodeto só não dá resultado, Tyson junta sublimado e, assim, «verificou um número extraordinário de casos apresentando melhoras logo que se prescrevia o mercúrio».

O procedimento de Tyson está em harmonia com a opinião do autor dinamarquês Oigaard, que afirmou que as doenças cárdio-vasculares são mais devidas à sífilis do que ao próprio reumatismo. Leredde, comentando a opinião de Oigaard, diz que ela nada tem de exagerada e que «é aceite desde já pelos médicos que se ocupam das afecções do coração, modificando as próprias bases da patologia e da terapêutica destas».

E Leredde diz que «assim como, em sua opinião, devemos procurar em patologia nervosa a origem das afecções mais tardias na meningite primária e secundária, isto é, na infecção inicial, assim é igualmente necessário procurar no princípio da infecção a existência de afecções cárdio-vasculares, que produzem a morte dos doentes, vinte, trinta, quarenta anos após o cancro». E acrescenta que «a sífilis atinge essencialmente o músculo cardíaco», sem que nenhum sinal de lesão valvular, nenhum sopro, muitas vezes se associe às perturbações miocárdicas. Daí a frequência de modificações isoladas do ritmo cardíaco—ligando Leredde grande valor diagnóstico ao que êle chama «aritmia matinal», que é a variação de dia para dia do número de pulsações, contadas de manhã ao despertar, de 6, 8, 10 pulsações, chegando, com dias de intervalo, a diferenças de 30. «A

origem destas perturbações, diz Leredde, é demonstrada pelo efeito do tratamento», observando-se «em casos numerosos o desaparecimento da aritmia matinal, a regularização do pulso».

O Dr. Bricourt termina um seu notável trabalho ¹ sobre sífilis cardíaca, insistindo sobre a importância do tratamento específico, pelos serviços que pode prestar tanto na confirmação que traz ao diagnóstico como nas melhoras muitas vezes consideráveis que traz ao estado do doente, «e isto tanto para o presente como para o futuro».

Gaucher, em 1917, numa comunicação à Academia de Medicina, diz que para êle «tôdas as lesões aórticas, que não são consecutivas a endocardites agudas surgidas no decorrer dum ataque de reumatismo articular agudo, assim como as lesões das artérias coronárias, do miocárdio e mitraes, são sífilíticas».

E o que em rápido esboço fica dito sobre o que, em afecções cárdio-vasculares, a observação clínica e a terapêutica verificam, é confirmado pelo laboratório e pela autópsia.

Efectivamente, segundo Warthin, na autópsia dos sífilíticos, quer tenham ou não tido durante a vida uma sero-reacção positiva, o ventrículo esquerdo seria o lugar do organismo onde se encontra o máximo de treponemas, vendo-os à volta dos vasos, nos espaços inter-musculares do miocárdio, no tecido intersticial; enfim, Scott Warthin diz ter encontrado mais vezes treponemas no coração do que no fígado.

E no entanto Audrain diz que «o fígado parece ser o órgão em que o treponema se encontra mais fácil-

¹ *Thèse de Paris, 1912.*

mente no estado livre» e Edmond Fournier escreve que «a sífilis do fígado é muito mais comum do que parece acreditar-se ainda hoje». «A hipertrofia do fígado do recém-nascido—escreve Edmond—é sempre a expressão duma sífilis grave podendo evoluir, evoluindo muitas vezes até à morte, sem que outros sintomas possam fazer suspeitar a gravidade da situação», e insiste sobre a importância para o futuro da verificação desta hipertrofia na criança.

Dieulafoy ¹ escreveu que «na sífilis hereditária tardia, na criança de certa idade, no adulto, as lesões gomosas, amilóides, cirróticas, do fígado, podem ser o resultado duma sífilis hereditária que estala na criança, no adolescente e no adulto».

Chiray e Coury, falando de sífilis febril, atribuem a febre a uma hêpato-sífilis latente, e Bloch, impressionado pela «constância duma muito ligeira hêpatomegalia», sente-se inclinado a crer também que «uma sífilis hepática latente é a causa de todo o mal».

Do que ficou dito no capítulo «Criptosífilis» sobre sífilis desconhecida revelada apenas pela febre, resulta evidente a importância do tratamento de prova em tais casos. «Evitar-se-á assim—diz Marcel Bloch—deixar indefinidamente certos doentes etiquetados de tuberculosos ou palustres ou que se pratiquem intervenções exploradoras à busca de focos supurados que não existem».

É que «a febre baixa desde as primeiras injeções novarsenicais»...

O fígado, órgão antitóxico, é das mais possantes armas de que o organismo se serve na defesa do ataque treponémico; e o treponema, enquanto não consegue as

¹ Georges Dieulafoy: *Manuel de Pathologie Interne*.

condições necessárias para uma nova pululação, é incapaz de causar sífilides ou sífilomas em foco circunscrito. «Entretanto—escreve Audrain—existe, isolado, com tôdas as energias em potência; e segrega as suas toxinas em jacto contínuo, lançando-as na circulação».

O organismo «sofre uma influência irritante sôbre os seus tecidos» e o esforço de defesa «é principalmente realizado pelo fígado, órgão antitóxico».

«A influência irritante incide ao mesmo tempo sôbre as artérias e cria lentamente a artério-esclerose».

E o prof. Audrain diz que, enquanto que a violência dos acidentes da sífilis parece atenuar-se com o tempo, e seguir uma marcha decrescente passando duma geração à que se lhe segue, «a insuficiência hepática e a artério-esclerose vão sempre crescendo».

Explicando o mecanismo da insuficiência hepática, Audrain diz que «é pois lógico admitir que a produção permanente de toxinas, que uma sífilis não combatida vai determinar, deverá ao fim dum certo tempo provocar uma verdadeira *surmenage* desta função antitóxica e dar lugar a uma insuficiência». Esta insuficiência, na opinião do ilustre sífilígrafo, existe sempre a partir duma certa época e «vai desde então exercer sôbre o estado geral uma influência constante, de modalidade banal, dando lugar à urticária, ou à glicusúria post-prandial, à albuminúria, etc., que desempenham um grande papel no quadro da sífilis obscura».

Mas primeiro o treponema concentra-se sôbre uma região ou sôbre um sistema orgânico, e só se manifesta pela acção das tóxicas produzidas, e, enquanto o fígado as destroi facilmente, o indivíduo não pode duvidar do seu perfeito estado de saúde. «Experimenta mesmo uma sensação intensa de vitalidade forte e activa. A toxina

sifilítica parece com efeito possuir uma acção excito-motora e excito-secretora ».

Êste estado de saúde pode durar alguns anos, mas pouco a pouco o fígado cansa, esgota-se... e o mais pequeno desvio de higiene alimentar, « doses de alcool até então muito bem toleradas, começam a provocar um mal estar ligeiro a princípio, mais intenso depois ».

« Os dejectos das combustões anormais acumulam-se; o músculo fica permanentemente doloroso; as serosas, sobretudo as sinoviais articulares, estão em constante estado de sensibilidade »; surgem as nevralgias, as astenias...

E então a toxina sifilítica, que foi excitante geral, associa-se agora às toxinas alimentares ou orgánicas de efeito deprimente.

Estas hepatites benignas em aparência, a ponto de passarem despercebidas, « são os primeiros estados, diz Ed. Fournier, dessas cirroses graves que mais tarde se encontrarão no adulto e em que o tratamento, sobrevivendo muito tardiamente, não conseguirá impedir a evolução ».

Sendo assim, compreende-se a pergunta do filho do grande Fournier: **« Porque se não poderão ligar à sifilís hereditária todas essas cirroses hepáticas sobrevindas nos adultos indemnes de sifilís adquirida ? »**

E compreende-se agora que Courtois-Suffit tivesse curado com o tratamento específico doentes apresentando o síndrome da cirrose alcoólica clássica de Laënnec e considerasse nêstes casos a ascite como uma manifestação clínica duma peritonite sifilítica...

Courtois e Giroux, numa memória « cheia de ideas tão penetrantes como revolucionárias », na expressão de Ed. Fournier, aconselham que « em tôda a cirrose do

figado com ascite é necessário pensar na possibilidade duma sífilis antiga, e mesmo na ausência duma Wassermann positiva é preciso instituir um tratamento específico, metódico, mercurial e iodetado. Muitas vezes, de resto, as melhoras são lentas e antes de concluir pela ineficácia do tratamento torna-se necessário esperar alguns meses: a ineficácia da cura específica é em certos casos devida possivelmente ao estado muito antigo da afecção que determinou já uma caquexia notável».

«Cirillo — escreve o prof. Hernâni Monteiro ¹ — já dizia que, na maior parte dos casos, as inflamações do figado são devidas ao vírus sífilítico, e Sézary afirma que tanto nos recém-nascidos, como nos adultos, o figado é uma das vísceras que a sífilis ataca com predilecção. Debove e Castaigne escrevem: a cirrose sífilítica é mais freqüente do que se julgava; e Cornil, numa das suas lições, diz que, de todos os órgãos internos, é o figado aquêl que mais vezes é atingido pela sífilis.»

Diz Castaigne que muitas vezes se observam verdadeiras ressurreições com o tratamento específico, e na prática clínica com freqüência, felizmente, se verifica a verdade das palavras de Castaigne.

É sem dúvida muito sugestiva esta observação, que supponho inédita, de Sousa Júnior: homem de 42 anos, taberneiro, alcoólico ao máximo, pois se embriagava diariamente, bebendo de tudo — vinho de pasto, maduro e verde, branco e tinto; geropiga, vinhos finos de grande alcoolização, bagaceira em copos de decilitro e mesmo licores, como anis escarchado, etc.

Tem ascite de 12 litros ou mais, figado extrema-

¹ Hernâni Bastos Monteiro: *Sífilis Hepática* — Tese, Pôrto 1915.

mente reduzido de volume, estado geral de caquexia já, com facias terrosa conhecida.

Duas paracenteses anteriores, com extracções duns 10 litros de líquido, havendo reprodução até ao mesmo volume dentro de poucos dias. O doente é dado como perdido por todos os clínicos que o viram anteriormente, e Sousa Júnior faz, ao primeiro exame, o mesmo prognóstico.

Mas fiel ao princípio de que em tais casos se deve sempre fazer o tratamento anti-sifilítico, pratica injecções endovenosas de cianeto de mercúrio, a 0,01 por dia.

Ao cabo de 8 injecções pode dizer-se que o doente não tinha 1^{cm}³ de líquido na cavidade peritoneal.

O tratamento dura mais cêrca de mês e meio e ao cabo dêle o doente está inteiramente curado. Passou-se isto há 4 anos, tendo o doente feito tratamento mais dois anos com Sousa Júnior. É notável o seguinte: o doente não só se curou da sua hepatite, como da sua dipsomania. A reacção de Wasserman foi negativa no princípio do tratamento.

Tratei um doente, homem de 60 anos, com cirrose atrófica, ascite, edemas dos membros inferiores, etc. Apresentava grande oligúria, que logo às primeiras injecções de cianeto de mercúrio desapareceu, chegando o doente a urinar três litros e meio em 24 horas. A ascite tinha-se reabsorvido quási na totalidade ao cabo de 12 injecções, e o estado geral do doente, que ao iniciar o tratamento era de notável caquexia, melhorou consideravelmente: o doente não podia levantar-se e agora passeia. Terminada a cura de cianeto, prescrevi-lhe calomelanos *per os* e digitalina e, embora saiba que se mantêm as suas melhoras, a-pesar-de decorridos já meses, não voltei a ver o doente. Nem no doente,

pelos anamnésticos e pelo exame clínico, nem em sua família, notei sinal de sífilis, a não ser varizes e cicatrizes de úlceras que outrora tivera. O doente, moleiro e pescador, não é positivamente um abstêmio em bebidas alcoólicas, usando o seu «*mata-bicho*» habitual de aguardente.

Em 1921, com um colega de mais idade e prática clínica, tratamos outra cirrose tipo de Laënnec com abundante ascite. Tratamento: paracenteses repetidas, auto-seroterapia, revulsão da região hepática por pontas de fogo, regime lácteo, diuréticos.

Aqui me penitencio de não ter feito o tratamento anti-sifilítico, que bem podia ter sido a salvação do nosso infeliz doente.

Mas «dia a dia — escreve Ed. Fournier — mais se acredita na influência da sífilis na etiologia das visceropatias».

Freqüentemente só o tratamento de prova pode elucidar sobre a natureza das visceropatias sífilíticas, pois estas não têm forma própria.

«A sífilis — escreveu Fournier¹ — está bem longe de se traduzir sempre por sintomas especiais. Não os tem senão pelas suas manifestações exteriores apreciáveis à vista, não os oferece senão como expressão de acidentes viscerais. Quando a sífilis afecta as vísceras, não se traduz senão por sintomas de *ordem comum*.»

«Na verdade, diz Leredde, não podemos dizer, salvo raras excepções, que um doente está atingido de sífilis renal, hepática, cardíaca, mas somente que apresenta tal ou tal síndrome renal, hepático ou cardíaco, e que é sífilítico».

¹ Fournier: *Traité de la syphilis* — Paris, 1906.

Debove, depois de acentuar que não se pode dizer ainda «em que proporção intervem a sífilis e a héredo-sífilis na etiologia das afecções do rim», diz crer não se afastar da verdade calculando hoje em três quartos do total o número das nefrites devidas à sífilis.

Hutinel diz que «a sífilis actua primeiro sensibilizando o rim às afecções banais e modificando as lesões que faz passar ao estado crónico, aproximando assim as reacções do rim da criança das que se observam no adulto».

Ainda Hutinel escreve que «as injecções de novarsenobenzol são susceptíveis de provocar um aumento da diurese e uma melhora sensível; mas o tratamento é raramente instituído bastante precocemente: encontramos em presença de lesões constituídas, cicatriciais em pontos, e é excepcional obter uma cura definitiva».

Leredde afirma «que o aumento *passageiro* de albumina após as injecções de arsenobenzol cria uma presunção em favor da natureza sifilítica da nefrite» — representa uma reacção de Herxheimer. Leredde ainda afirma que «a tolerância renal, em face do arsenobenzol, é das mais notáveis quando não existem lesões graves» e que nada prova que o mercúrio seja mal suportado nos casos de sífilis do rim — a-pesar-de tudo o que se tem dito a êste respeito».

Milian¹ provou que «o cianeto de mercúrio em injecções intravenosas é um diurético de primeira ordem.

¹ Milian e Lelong: *Le cyanure de mercure dans les cirrhoses veineuses et les néphrites* — «Société Médicale des Hôpitaux», séance du 28 Juillet 1922. — V. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, Mai 1924.

Em virtude desta propriedade está particularmente indicado nas localizações renais da sífilis ».

Mas Leredde, com Hutinel, prefere o 914, e Gougerot¹ diz que «o arsénico parece ser o menos tóxico dos anti-sifilíticos para o rim ».

Enfim, parece, pelo que leio, estar assente que as injeções de neosalvarsan constituem o tratamento de escolha nas afecções sifilíticas renais — e se insisto sobre este ponto é porque tenho observado que entre nós não é uso pensar-se assim.

«A prova terapêutica — escreveram Raul Bensaúde e Lucien Rivet — deve ser instituída metódicamente em todos os casos suspeitos de sífilis do estômago.» «Ela determina uma melhoria quasi imediata, que se manifesta tão bem sobre os fenómenos locais como sobre o estado geral, com desaparecimento dos sinais orgânicos e aumento de peso regular e contínuo. Pode determinar verdadeiras ressurreições.» Bensaúde e Rivet escrevem nesse belo artigo², que bem merece ser lido e muito relido: «Se a sífilis gástrica é desconhecida e abandonada a si própria, pode conduzir o doente à caquexia ou às diversas complicações que assinalamos. Se é reconhecida e bem tratada, o seu prognóstico transforma-se, e não existe afecção que possa dar ao médico mais brilhantes êxitos terapêuticos ».

E tão brilhante é, por vezes, o resultado do tratamento de prova nas gastropatias de natureza obscura,

¹ H. Gougerot: *Comparaison des arsenic, bismuth, mercure en syphilithérapie. Les cures pluri-médicamenteuses* — «Journal des Praticiens », 7 et 12 Juillet 1924.

² Bensaúde et Rivet: Loc. cit.

que se atribuem à medicação anti-sifilítica outras acções pharmaco-dinâmicas.

Assim, o Dr. Godoy Tavares, de Belo Horizonte, Brasil, num opúsculo, « cuja leitura é para recomendar a todos os clínicos, mórmente na época que atravessamos, muito propícia a operações de grande vulto na região do estômago », no dizer do Dr. Gomes da Costa ¹ quando se refere ao trabalho do médico brasileiro, apresenta 34 observações de gastropatias curadas pelo mercúrio.

E como em 19 dos 34 doentes não viu clinicamente, e nalguns também laboratorialmente, a sífilis, o Dr. Godoy Tavares, segundo diz o Dr. Gomes da Costa, « tem especial cuidado em desviar a hipótese de que todos os gastropatas beneficiados pelo mercúrio fossem sífilíticos ». E o médico portuense diz que « como se trata duma medicação inofensiva, de fácil aplicação, mesmo em injecções endovenosas, julga fácil de prever que todos os colegas ensaiarão o tratamento nos seus gastropatas, aliviando uns, curando outros e afastando muitos do campo operatório. Por nós, algumas aplicações já fizemos, cujos resultados concordam com as conclusões do autor ».

Bensaúde e Rivet dizem que, depois dos trabalhos dos prof. Hayem e Fournier, de Pater e outros, « a sífilis gástrica conquistou foros de cidade nos diversos tratados clássicos, com os artigos de Dieulafoy, Hayem e Lion, de J.-Ch. Roux, e, não obstante, é ainda considerada por muitos médicos como uma raridade ».

Sendo eu aluno do 5.º ano de medicina, apresentou-se-me uma doente que de há muito sofria de gastralgias, vômitos e hematemeses freqüentes e abundantes, dores à pressão da região epigástrica. Prescrevi o tratamento indi-

¹ *Portugal Médico*, Novembro de 1923.

cado por Pron ¹ para a hipercloridria e úlcera simples: gotas astringentes e anexosmóticas de tinturas de beladona, meimendo, calumba e ergotina fluída, e carbonato de bismuto, fosfato tricálcico e magnésia na dose de três colheres de café por dia. A doente melhorou consideravelmente, e depois ficou a usar apenas a mistura do carbonato de bismuto, tornando-se muito raros os vômitos, as hematemeses e as dores.

A doente queixava-se com freqüência de fortes cefaleias, e também estas se atenuaram. Mais tarde tornam-se conhecidos os trabalhos de Levaditi e Sazerac sôbre bismutoterapia, e últimamente a doente tem sido tratada pelo *Muthanol* e *Trépol*... Tôdas as perturbações gástricas e a cefaleia desapareceram completamente, e crises freqüentes de anexite que a apoquentavam desapareceram também...

Bensaüde e Rivet dizem que as gastropatias que regressam sob a influência do tratamento anti-sifilítico «são seguramente muito freqüentes, manifestação alguma da sífilis parecendo mais curável do que estas».

Insistindo sôbre a «freqüência relativamente grande da afecção» que tem impressionado «todos os autores que se colocaram no ponto de vista puramente clínico e prático», dizem os ilustres clínicos: «Estamos convencidos que, melhor avisados, todos os médicos chegarão, como nós próprios, a esta opinião, com a condição de pensarem sempre na sífilis em presença dum síndrome gástrico um pouco suspeito».

Escrevem ainda os mesmos autores: «Dores, vômitos, gastrorragias podem, resistindo a todos os tratamen-

¹ L. Pron: *Le traitement des maladies de l'estomac en clientèle*
— Paris, 1920.

tos, produzir um estado de desnutrição extrema, e o doente está igualmente exposto às complicações habituais da úlcera do estômago, até ao dia em que o médico é levado a instituir o tratamento específico, que sempre se mostrou duma notável eficácia ».

« A úlcera sífilítica, diz Fournier, não é, traço por traço, senão a reprodução da úlcera redonda de Cruveilhier, com os seus dois sintomas essenciais: dor xiforraquidiana e sobretudo gastrorragia » — escrevem Bensaúde e Rivet, reforçando com a sua reconhecida autoridade de eminentes gastrologistas a opinião do genial sífilígrafo.

A propósito de formas estenosantes que a sífilis pode apresentar, Bensaúde e Rivet escrevem dêste modo: « podem realizar completamente o quadro da estenose cancerosa. O erro foi cometido com freqüência, e, muitas vezes, foi somente o exame histológico da peça tirada pelo cirurgião que permitiu reconhecer a natureza sífilítica da lesão (Hayem, Hemmeter e Stokes). Em outros casos, pelo contrário, pensa-se na sífilis e tenta-se o tratamento de prova antes de confiar o doente ao cirurgião; podem-se então obter belísimos (*forte beaux*) e muito rápidos êxitos (Einhorn, Fournier, Leven) ».

O prof. Castex, de Buenos-Ayres, escreveu, em 1920, que a úlcera do estômago ou do duodeno é sífilítica, como o próprio tabes, cem vezes em cem casos.

Mas a úlcera gástrica é precursora do cancro do estômago...

Fournier diz que a sífilis gástrica não tem sintomas próprios, e Leredde acrescenta que o mesmo acontece com a sífilis intestinal.

Fournier relatou, no seu *Traité de la Syphilis*, a observação duma criança de 22 meses, filha de pai sífilí-

tico e de mãe sã, com uma diarreia crónica que resistiu « a uma multidão de remédios » e que curou com o uso do licor de Van Swieten...

A mãe dessa criança dizia assim a Fournier: « Logo que *Bébé* volta a ter a diarreia, eu dou-lhe o seu Van Swieten e tudo entra na ordem em alguns dias ».

O prof. Gaucher nota que os pais dizem quasi sempre ao apresentarem os filhos héredo-sifilíticos: « é uma criança muito delicada que é muito difficil de criar: tem enterite desde o nascimento ».

Segundo Ed. Fournier, esta êntero-colite, que se attribui sempre a um mau leite, é sempre para Gaucher uma manifestação de sífilis hereditária. Com a idade, as digestões intestinais tornam-se menos más, mas o intestino fica sempre frágil, sujeito a crises mais ou menos frequentes de êntero-colite que persistem durante tôda a infância e a adolescência. Para Gaucher a êntero-colite não é as mais das vezes senão o prelúdio da apendicite: « são estas mesmas crianças, diz Gaucher, que de tempos a tempos são affectadas de apendicite ».

Na sessão da Academia de Medicina de 23 de Maio de 1916, Gaucher diz que « o que demonstra ainda a origem desta êntero-colite, é o resultado terapêutico surpreendente que se obtem, submetendo estas crianças ao tratamento mercurial, quer sob a forma de fricções, quer sob a forma de injeções ».

E como numa sessão seguinte da Academia, a opinião de Gaucher fôsse combatida, o illustre professor lembra que nunca disse que a apendicite aguda, supurada, gangrenosa, perfurante, era de natureza sifilítica, mas que a lesão sub-inflamatória do tecido reticulado, que prepara a crise aguda da apendicite, é que é de origem sifilítica ou héredo-sifilítica; e acrescenta que muitas vezes essas

apendicites crônicas, quando tratadas pelo mercúrio, podem curar e que assim se pode, por um tratamento por assim dizer preventivo, evitar uma crise aguda necessitando intervenção cirúrgica. Gaucher observa que **para evidenciar em certos casos a origem héredo-sifilítica da apendicite é preciso ir, muitas vezes, até à origem ancestral da sífilis**, e lembra uma observação de duas crianças irmãs, uma afectada de êntero-colite, a outra de apendicite, cujo pai não tinha nunca contraído a sífilis, mas que apresentava uma reacção de Wassermann positiva, e sabia que o pai, avô, portanto, das crianças, era sifilítico.

Fournier escreveu: «bem seguramente, dum modo que eu ignoro, por um processo de que não dou conta, mas cujas efeitos vejo, a tara héredo-sifilítica prepara um terreno propício à apendicite e favorece o seu desenvolvimento».

Da mesma opinião são Second, Ed. Fournier...

M.^{lle} Brenet, aluna de Gaucher, publicou a observação duma família, cujo pai negava a sífilis mas tinha uma reacção de Wassermann positiva e cuja mãe, morta em consequência dum abôrto, concebera onze vezes, tendo tido: três abôrtos, cinco filhos que tiveram apendicite, três filhos que morreram em tenra idade, sendo um de meningite.

Em 1914, Méry e Henger relatam a observação duma criança sem antecedentes sifilíticos conhecidos, sem tara, sem estigmas, que aos 12 anos tivera de ser operado de apendicite; aos 14 anos surge uma manifestação de sífilis hereditária sob a forma duma tumefacção bilateral das duas tíbias, com reacção de Wassermann positiva, e que melhora pelo tratamento específico.

«Enfim — escreve Ed. Fournier — em 1915, na sua tese *La syphilis intestinal*, o Dr. Suarez de Mendonza,

abordando a questão da apendicite, lembra que a sífilis é a doença por excelência do aparelho linfóide e que é por excelência a causa da hipertrofia das amígdalas, dos órgãos adenóides da faringe, do raquitismo, que o prof. Marfan demonstrou ser também uma afecção linfática. Porque, pois, não a reconhecer como responsável das lesões do apêndice, esse órgão linfóide por excelência e a que se chamou a amígdala intestinal?»

A propósito de vegetações adenóides, Ed. Fournier lembra que em 1912 o Dr. Abrand publicou 17 observações pessoais relativas a crianças apresentando corisa muco-purulenta e ao mesmo tempo vegetações adenóides, todas héredo-sifilíticas averiguadas.

Na tese citada, o Dr. Suarez de Mendonza, salientando a freqüência e gravidade das lesões intestinais dos héredo-sifilíticos, diz ser essa gravidade tanto maior quanto é certo que muitas vezes os acidentes intestinais existem isolados ficando desconhecida a sua natureza e que, a não ser feito o tratamento específico, essas crianças estão destinadas a uma morte prematura.

E Edmond Fournier considera as hérnias como expressão distrófica possível da héredo-sífilis...

Sífilis do útero e anexos... sífilis óssea... sífilis...

Mas, falando com mais propriedade, não há efectivamente sífilis óssea, sífilis nervosa, sífilis visceral... O que há, e com uma freqüência ainda desconhecida, é a localização e manifestação óssea, nervosa, visceral, humoral, etc., etc, da sífilis.

A natureza dessas manifestações sifilíticas passa despercebida muitas vezes porque estas não têm «uma sintomatologia particular e a sua especificidade de origem não lhes junta sintoma algum particular», como diz Ed.

Fournier a propósito de ósteo-periostites da sífilis hereditária.

Muitas vezes, só a prova do tratamento específico permite fazer o diagnóstico.

«Na ausência de prova — escreve Leredde — o médico que conhece a extensão do domínio da sífilis, que está preocupado com a etiologia, em todo o doente sofrendo duma afecção crónica, é freqüentemente conduzido a actuar sobre uma hipótese e, muitas vezes, a existência da sífilis resultará dos efeitos do tratamento de prova.»

Os sifilígrafos, e em particular Fournier, têm insistido sobre a utilidade do tratamento anti-sifilítico sob o ponto de vista do diagnóstico etiológico.

Mas o tratamento específico não é a terapêutica fácil, ao alcance de qualquer, como muitos supõem: iodeto, injeções mercuriais, bismúticas, arsenicais...

É, como toda a terapêutica, de que é uma parte importante, a mais importante sem dúvida no capítulo da medicina etiológica, uma ciência e uma arte, obedecendo a certas leis, que é necessário não ignorar, mas não dispensando o senso artístico do artista que o médico deve ser...

A técnica da administração dos antisifilíticos, tanto ou talvez mais importante do que os próprios medicamentos, não obedece ainda, não obedecerá talvez nunca, a regras fixas: é que bem se sente que em sifiligrafia, como em patologia geral, há doentes e há doentes...

Leredde diz que se o médico aplica um tratamento de prova, deve proceder como o matemático que supõe um problema resolvido, actuar como actuação num sifilítico conhecido, classificado, e assim a **prova terapêutica deve ser feita francamente, com energia, precisão e perseverança**, «e não com timidez como é de regra, infelizmente, sempre que um diagnóstico é incerto».

Como está longe destas regras o critério de certo médico que dizia, quando eu insistia para que fôsse feito o tratamento de prova a uma doente bacilar, filha de pai sifilítico, que já o tinha feito sem resultado, pois prescrevera fricções mercuriais, que foram suspensas por a doente as aborrecer, e dera depois três ou quatro injeções de hectina!

As injeções de hectina tinham sido suspensas por temer um surto congestivo do pulmão, e como a própria doente pedisse que lhe fôsssem administradas mais porque «se sentia mais forte com elas», foram substituídas, no intuito de iludir a doente, por injeções de qualquer coisa do valor farmaco-dinâmico da água distilada.

Se a psicoterapia fôsse uma ilusão grosseira, dir-se-ia que se pretendia tratar a tuberculose pulmonar... pela psicoterapia!

Fazendo o tratamento anti-sifilítico a um tuberculoso, não se pretende — ninguém tem semelhante pretensão — atacar directamente o bacilo de Koch. Não! O que se pretende é modificar o terreno, procurando torná-lo menos próprio para nêle vegetar o terrível bacilo.

E se o tratamento de prova, em casos suspeitos de sífilis pura, deve ser manejado com precisão e perseverança — o que dizer daqueles casos em que se espera do tratamento a modificação dum terreno?

Pois porque uma tuberculose pulmonar, numa filha de sifilítico, não melhorasse consideravelmente ao cabo de algumas fricções mercuriais, de algumas injeções de hectina, conclui-se que a prova terapêutica tinha falhado!

Leredde diz que a natureza sifilítica das afecções, que não apresentam lesões específicas, teria podido ser demonstrada pelos efeitos do tratamento, mas **os próprios sifilígrafos não suspeitaram sequer da energia e da paciência que é necessário ter na cura das afecções profundas.**

A demência precoce é geralmente tida como incurável e por isso nem sequer se tenta, em tal caso, uma vez firmado o diagnóstico, qualquer esforço terapêutico, por de ante-mão se supor condenado à inutilidade.

A origem sífilítica da hebefrenia não tem sido reconhecida, embora, segundo Nonne, a maior parte das psicoses possa ter uma causa sífilítica, e em particular tôdas as formas de demência; e, segundo uma estatística de Noguchi, a sífilis seria a principal causa de psicoses que se atribuem unicamente ao alcoolismo.

Noguchi, em 9 casos de *psicose alcoólica*, encontrou 5 vezes a reacção sangüínea positiva.

Mas a demência precoce é tida como incurável...

No entanto, Maurice Page ¹ diz ter tratado cinco casos de hebefrenia e ter conseguido cinco curas. A todos os dementes precoces fez Maurice Page o mesmo tratamento: «injecções intravenosas ou sub-cutâneas hebdomadárias de novarsenobenzol em doses progressivas tais que, ao cabo de dez injecções, os doentes tinham absorvido 7^g,50 de arsénico. A agitação — diz Page — foi considerável, mas cedo a calma apareceu, depois as melhoras que, em quatro casos sôbre cinco, terminaram pela cura, após três ou quatro séries de dez picadas cada uma.»

O quinto caso estava ainda em tratamento e, a-pesar-de muito melhorado, Page não o quis incluir no número das suas curas, embora essa fôsse muito provável também.

«Eis aí os factos brutais — escreve Maurice Page — observados não sômente por mim, mas por médicos distintos como Tinel, André Dollin, Raviart (de Lille).»

Nas famílias de quatro dêstes hebefrénicos Page

¹ M. Page: *Hébéphrenie et arsénobenzol* — *La Presse Médicale*, 23 Sptembre 1923.

encontrou a sífilis: os pais de um dêles, rapaz internado num asilo público por demência precoce havia três anos, ouviram falar das investigações do autor, e fizeram a análise do sangue, ficando estupefactos por ser positiva a reacção do pai. Confiaram então o filho a Page, embora a sero-reacção do doente fôsse negativa.

Outro era um rapaz de 16 anos, cujos irmãos, que eram cinco, e cujos pais tinham boa saúde, mas o avô paterno morrera paralítico geral.

A mãe de outro confessou a sífilis do marido e disse ter mais três filhos saudáveis.

O pai de outro era sífilítico e paralítico geral.

O pai do último estava ausente, mas tôdas as análises tinham sido negativas.

Page diz que «a hebefrenia nunca foi dada como um síndrome de sífilis hereditária, mas que pode sê-lo a-pesar-de tudo». E Maurice Page pergunta: «É-o em todos os casos?»; e responde: «Nada sabemos, mas isso é possível».

E conclui: «resolver-se não sem dúvida estes problemas de patogenia no futuro; por agora, o que está provado, é que o tratamento pelo arsenobenzol, *feito em boas doses, e com perseverança*, conseguiu curar os cinco doentes hebefrénicos aos quais o aplicamos».

Mas o tratamento anti-sifilítico nem só quando cura, ou melhora consideravelmente os doentes, tem valor como elemento de diagnóstico etiológico: também quando provoca certos fenómenos reaccionais, aliás de extrema freqüência, estudados por Jarisch e depois por Herxheimer em relação ao mercúrio, depois observados ainda com mais intensidade quando da aplicação dos anti-sifilíticos mais enérgicos, os preparados bismúticos e arsenicais, o tratamento específico conduz ao diagnós-

tico etiológico. É que a reacção de Herxheimer é uma reacção de ordem específica produzida pelos agentes terapêuticos treponemicidas, que só nos sifilíticos pode ser observada.

A reacção de Herxheimer pode não ser notada clinicamente e ser no entanto apreendida pelo laboratório, fazendo aparecer uma sero-reacção positiva, acentuando as perturbações do líquido céfalo-raquidiano ou da constituição do sangue.

No estudo das modificações do sangue pela acção do tratamento de prova baseia Leredde o *hemodiagnóstico*; no estudo das modificações do líquido céfalo-raquidiano, sob a acção do mesmo tratamento, Leredde assenta as bases do que chama *meningo-diagnóstico*.

Todavia, além da reacção de Herxheimer, os agentes anti-sifilíticos podem determinar, como todos os outros medicamentos, mesmo em doses terapêuticas, fenómenos de intolerância.

Embora os fenómenos reaccionais de Herxheimer sejam duma frequência muito maior do que os fenómenos de intolerância — uns e outros são muitas vezes confundidos. Hoje, sendo rasoavelmente conhecida a reacção de Herxheimer e devendo o médico estar dela prevenido, essa confusão, na maior parte dos casos, constitui um erro inadmissível. Todavia, pode-se inculpar essa confusão grosseira dum grande número de casos de sífilis mal tratadas: é por isso que se atribui aos agentes anti-sifilíticos mais activos e mais úteis um grande perigo...

«A fobia da sífilis — escreve Leredde — fez algumas vítimas entre os doentes de espírito fraco. O número dos que foram vítimas da fobia do mercúrio e são-no actualmente da fobia do arsenobenzol, é ilimitado. **O medico, por temer accidentes, emprega agentes pouco energicos,**

ou maneja sem energia enérgicos agentes. E a sífilis mal tratada é quasi tão grave como a sífilis não tratada: entre uma e outra não há outra diferença além duma raridade maior dos accidentes externos, os únicos benignos, os únicos sem importância.»

Mas algumas vezes a distincção entre os fenómenos de intolerância e os de reacção de Herxheimer oferece as maiores dificuldades...

Ainda recentemente, nas sessões de Fevereiro e Abril de 1924 da Sociedade Francesa de Dermatologia e Sifilografia, Leredde attribuiu à reacção de Herxheimer a apoplexia serosa, com o que Milian não concordou.

Da discussão travada conclui-se... que cada um manteve o seu ponto de vista.

Mas para que o tratamento de prova possa ser utilizado, o médico, que deve ter sempre presente o velho aforismo «*primum non nocere*», necessita da garantia da sua inocuidade.

Os accidentes graves devidos à reacção de Herxheimer podem ser prevenidos, *em todos os casos*, na opinião de Leredde, começando o tratamento por doses fracas; os fenómenos de intoxicação podem ser previstos, e portanto evitados, pois são devidos a alterações preliminares do organismo; e os accidentes de intolerância, segundo afirma Leredde, são excepcionais, e «uma técnica precisa, prudente, permitirá ainda reduzir o seu número».

«Os perigos são nulos, na prática, quando o tratamento é manejado segundo regras precisas» — resume Leredde.

E para se formar uma opinião sobre a inocuidade dos agentes anti-sifilíticos, supondo perfeita a técnica da sua applicação, o que é duma importância fundamental, vejamos, muito rapidamente embora, o que alguns autores

dizem do seu uso numa doença de tratamento tão delicado como é a tuberculose pulmonar, e que, não sendo sífilis, com a sífilis tem estreitas relações.

Escreve Sergent: «Tenho a convicção (e esta convicção repousa sobre um número suficiente de casos bem observados e por muito tempo) que a tuberculose nos sífilíticos requiere tratamento anti-sifilítico e que é melhorável e mesmo curável por êste meio na grande maioria dos casos, ao menos nos casos em que não está por demais avançada na sua evolução para escapar aos recursos da terapêutica»; «sem desprezar por isso o precioso adjuvante que constitui a cura de ar, de repouso e de super-alimentação, a primeira indicação terapêutica é recorrer à administração do tratamento mercurial. Digo *mercurial* porque a medicação iodetada, que expõe aos surtos congestivos parafimicos, deve ser rigorosamente proscrita em semelhante caso.»

E Sergent lembra uma observação, que comunicou à «Sociedade Médica dos Hospitais», duma tuberculose pulmonar, num sífilítico com um tumor branco do joelho em fusão e ulcerações cutâneas não duvidosas—«tuberculose pulmonar que melhorou rapidamente, a tal ponto que os bacilos, muito numerosos nos escarros antes do tratamento, desapareceram completamente após vinte injeções mercuriais, enquanto que os sinais estetoscópicos se corrigiam paralelamente e que o doente engordava 5 quilogramas sem que nenhuma outra medicação fôsse feita, sem que nenhum regime alimentar especial fôsse instituído».

Falando da acção do tratamento mercurial nas tuberculosas locais, diz Sergent: «não é raro ver esta acção exercer-se útilmente também sobre certas tuberculosas locais que parecem isentas de qualquer associação

sifilítica, adquirida ou hereditária. É assim que tumores brancos, lúpus, curaram por unções ou injeções mercuriais ».

Além disso, « a sífilis pulmonar é capaz — escreve Sergent — de simular tôdas as formas de tuberculose, assim como no-lo ensinaram os trabalhos de Lagneau, Lancereaux, Landrieux, Fournier, Jullien, Mauriac, Dieulafoy... para citar apenas os principais ».

... e a sífilis pulmonar « termina — escrevera anteriormente Sergent — quasi fatalmente na consunção e na morte, se é desconhecida, enquanto que é susceptível duma cura às vezes inesperada, quando recebe o tratamento que lhe convem »...

Jeanselme demonstrou a inocuidade do arsenobenzol na tuberculose, e Leredde acrescenta que essa inocuidade é « negada somente pelos autores que não têm uma experiência pessoal ».

«O tratamento de prova — afirma Leredde — pode ser empregado sem temor, mesmo nas formas pulmonares.»

Desde Beck que se utiliza a pasta bismútica na cura das fístulas tuberculosas, e em 1914 Sauton mostrou que certos compostos bismúticos estáveis podem entrar o desenvolvimento do bacilo tuberculoso ¹.

Em Novembro de 1922, Perrin e Ducas apresentam, numa sessão da « *Société de Médecine de Nancy* », o resultado de « ensaios dos sais de bismuto nos tuberculosos », « tentativas legitimadas pela inocuidade reconhecida dos sais e pelas experiências *in vitro* de Sauton ».

Perrin e Ducas experimentaram em quatro tuberculosos e concluíram que « o estado geral não sofreu

¹ C. Levaditi: *Le bismuth dans le traitement de la syphilis* — Paris, 1924.

pelo tratamento, o pêso de todos os doentes ficou constante»; que «não produziu variação alguma nem da temperatura nem do pulso»; que «a quantidade dos escarros de origem brônquica ou pulmonar diminuiu em notáveis proporções em 3 doentes, de 9 a 15 cm.³».

E Perrin e Ducas terminam assim: «Esta verificação não fôra ainda feita até ao presente, posto que fôsse lógico prever êste resultado».

Em face do exposto, e das íntimas relações etiológicas entre a sífilis e criptosífilis e a tuberculose, julguei-me também no direito de experimentar — pois que a medicina é uma sciência experimental — a bismutoterapia na tuberculose pulmonar. Mas eu observara que os preparados de bismuto que mais tinha usado no tratamento da sífilis, o *Muthanol* e o *Trépol*, produziam com freqüência astenia, algumas vezes mesmo prostração, febre, com hipertermias de 39° e 40°, às vezes ostealgias, crises de radiculite, etc., tudo, creio eu, modalidades diferentes da reacção de Jarisch-Herxheimer, pois que, perseverando no tratamento, os doentes vinham a suportar depois perfeitamente o tratamento bismútico muito enérgico. E os doentes a princípio emagreciam...

Nêstes termos, não devia eu *experimentar* em tuberculosos...

Mas utilizando o iodo-bismutato de quinino (*Quinby*) notei que a reacção de Herxheimer, e sobretudo a astenia e o emagrecimento, não se dava com tanta freqüência, e nos doentes fracos, anoréxicos, comecei a preferir o *Quinby*.

Numa doente que acabava de ter um parto e uma hemorragia, de há muito magra e fraca, esposa dum luético averiguado e ela própria suspeita de hereditariedade, a quem tinha falecido recentemente uma irmã de 18 anos

com bacilose pulmonar de forma rápida, depois de a tratar sem grande resultado pela hectina e cianeto de mercúrio, depois cacodilato de sódio e sulfato de estriçnina, etc., fiz a aplicação do Quinby.

O apetite despertou e a doente aumentou, em pouco tempo, 4 quilogramas em pêso.

Pouco tempo depois, em Maio dêste ano, sou chamado uma noite para tratar uma rapariga de 19 anos com violenta hemoptise. A família desta doente tem sido cruelmente ferida pela tuberculose pulmonar: um irmão morre aos 23 anos, outro, que eu ainda tratei, falece aos 25, e prostrada na cama estava uma irmã de 26 anos de idade, que se tuberculizara no Brasil havia 5 anos. Mais uma vez se verifica a fórmula de Ribeiro Sanches.

Esta última doente, de quem eu há tempos fôra assistente, só por si daria um interessante estudo, pois nela tentara, em diferentes ocasiões, a auto-hemoterapia, a hétero-seroterapia, utilizando o sôro sangüíneo desta irmã agora com hemoptises, e, a conselho do prof. Sousa Júnior, injeções de líquido pleurítico de outro doente.

A-pesar-de faltar, por motivos diversos, persistência nêstes tratamentos, os seus resultados, por vezes imediatos, foram muito interessantes — e não direi brilhantes porque não fizeram o *milagre* de curar a doente, já com ambos os pulmões infiltrados.

Havia mais de um ano que a doente, que com perfeição adquirira a educação conveniente aos tuberculosos, estava sem assistência médica, fazendo a cura de repouso e ar; e, se não fazia últimamente a cura alimentar, era por ausência absoluta de apetite.

O seu estado era, em Maio, da maior consunção, só falando com extrema dificuldade. Não queria tratar-se e pedia, comovida e comovedoramente, que salvasse a

irmã. Animei-a, incuti-lhe esperança num tratamento que eu dizia novo, e a doente entregou-se-me esperançada. Fiz-lhe de três em três dias injeções de 1 cm³ de Quinby entremeadas de injeções endovenosas de urotropina, e a doente, que só pela muita vontade de viver injeria algum leite com gemas de ovos, logo de principio sente despertar-se-lhe o apetite, entrando de alimentar-se muito bem.

E tão bem ia tolerando o Quinby, que eu fui aumentando progressivamente a dose, dando de três em três dias uma ampola inteira, de três centímetros cúbicos e meio, e chegando depois a dar-lhas dia sim dia não.

A temperatura baixou, chegando a estar quasi apirética (37,2, 37,3, 37,4 à tarde), a doente ganha em nutrição e forças, e eu—sem me iludir—chego a sentir também esperança! E não me iludi porque um sintoma permanecia grave e alarmante: a taquicardia intensa. Em Julho suspendi o tratamento, e tive de me retirar, voltando um mês depois. A doente está ainda relativamente bem, mas a temperatura elevava-se e a taquicardia acentuara-se.

Recomecei o tratamento como o iniciara, mas desta vez a doente não melhora, e vem a falecer no dia 14 de Outubro, provavelmente de síncope, tendo ainda nesse dia, segundo informes da família, almoçado muito bem!

Logo que verifiquei o bom efeito do tratamento, e depois de prestados os cuidados urgentes requeridos, não hesitei em fazer o mesmo tratamento à irmã.

Num mês, desaparece completamente a febrícula vespéral, a doente alimenta-se bem, aumenta de peso—e actualmente encontra-se de saúde, embora sujeita a vigilância. Trabalha e passeia, não faz um décimo de temperatura, e nada noto à auscultação.

Está a receber agora, por segurança, injeções alternadas de Quinby e cacodilato de sódio, sendo meu intento tornar êsse terreno, eminentemente tuberculizável, impróprio à vegetação do bacilo de Koch.

Na família não consegui descobrir, de modo evidente, a existência da sífilis: a mãe, de cêrca de 60 anos de idade, tendo outrora sofrido do figado, depois de curas no Gerez, nunca mais sofreu, sendo atualmente saudavel. Teve 8 filhos, sendo 5 vivos, *tendo eu tratado um dêles, uma rapariga, de febre tifóide*, e os tres restantes, como referi, foram vitimados pela tuberculose pulmonar. Os irmãos e irmãs da mãe são muito *artríticos*, como é costume dizer-se, e um irmão, de que fui assistente, foi vitimado por uma hemorragia cerebral, e outro morreu ainda há poucos dias, vítima de uma neoplasia da faringe.

O pai, etílico, morreu de desastre.

...quando de uma conferência, a que por vezes me tenho referido, relatei o que acima fica, e porque o pai da doente se sifilizara em solteiro, com maior fôrça de razão se me afigurava indicada uma tentativa terapêutica semelhante à que eu ensaiara.

Que os francezes escrevem coisas de exportação; que os dois casos meus (nêsse momento a doente, que depois faleceu, estava no auge das suas melhoras) não faziam lei...

... «a história da medicina é a duma luta contra o espírito de autoridade em matéria scientifica», escreve Leredde...

...e eu aplaudo calorosamente!...

... « il est plus difficile d'extirper une vieille erreur que de faire accepter une nouvelle vérité ».

RIBOT.

« La syphilis est la plus grave de toutes les infections qui atteignent notre espèce; la santé de la race humaine sera transformée, lorsqu'elle aura disparu; elle ne disparaîtra par tant que la mentalité actuelle du médecin n'aura pas fait place à une mentalité nouvelle. »

LEREDDE.

A SÍFILIS, para ser o maior inimigo do Homem, nada lhe falta, nem mesmo a perfidia: para ferir ou matar o indivíduo, mascara-se ou encobre-se; para ferir a espécie, toca-a de degenerescência.

Por detrás da tuberculose e do cancro está muitas vezes a sífilis. E não estará sempre?

Tão perigoso é o terrível inimigo que se cobriu com o manto do pudor — e arrancar êsse manto, mostrando a sífilis, é ofender a moral das famílias!

Nefasta tradição essa que considera a sífilis uma « doença vergonhosa », que tem sido combatida, mas que urge desfazer inteira, absolutamente!

Destruamos implacavelmente semelhante tradição, que é falsa, e, pior ainda, perigosíssima. Ao médico cabe pulverizar primeiro o preconceito e impor depois à socie-

dade livrar-se do grande mal que a vermina, preparando uma sociedade futura sã do corpo e da alma — já que a actual é o que se sabe...

Pronunciemos, clamemos, como já faz Leredde, a respeito da sífilis o « *Delenda Carthago* »!

Não há que evitar, como se tem suposto, pois que é tarde, a difusão do mal: há que exterminá-lo! Será isso possível? Tudo indica que sim.

A medicina dispõe hoje de agentes treponemicidas enérgicos, mas ainda não tão enérgicos que nos permitam realizar o ideal da esterilização rápida e absoluta da sífilis, da *therapia sterilisans magna*, sonho que Ehrlich supôs efectivado pelo seu *606*; mas também não tão pouco enérgicos que não nos permitam realizar a esterilização relativa do indivíduo, permitindo que este viva com saúde e se reproduza em filhos perfeitos. E se ainda há dúvidas, é porque a terapêutica anti-sifilítica é geralmente uma terapêutica accidental ou mesmo terminal: trata-se o sífilítico com acidentes que lhe perturbam a saúde e lhe ameaçam a vida — e êsses são os que têm uma sífilis que se impõe pela evidência. E não é a sífilis que se trata, mas os acidentes — desaparecidos êstes está, regra geral, terminado o tratamento.

E quantos e quantos, mesmo com a vida ameaçada, se não tratam, porque a idea de sífilis é substituída por palavras como artério-esclerose, artrismo, essencial, etc., etc.? Outras vezes, a palavra contem uma noção etiológica falsa, e o engano agrava-se: etilismo, por exemplo.

Falei das cirroses de Laënnec, atribuídas a lesão por intoxicação alcoólica — lesão que o alcool, às vezes em doses mínimas, realiza em indivíduo sífilítico, e *por ser sífilítico*.

Seria interessante estudar qual o papel da sífilis na

gênese do vício alcoólico. Diz Sousa Júnior que, em certas formas, a sífilis produz, com a tara nervosa que predispõe ao vício, uma polidipsia que leva à dipsomania.

Para definir essas palavras, architectam-se complicadas teorias, admiráveis sem dúvida pelo engenho da fantasia, pela riqueza da imaginação — mas que constituem « verbalismos metafísicos, contrários ao progresso da ciência », como li algures ¹ e concordei.

Mas as dúvidas desapareceriam, estou convencido, se, em lugar da terapêutica anti-sifilítica acidental e sintomática, fôsse feita sistematicamente a terapêutica profilática esterilizante.

A profilaxia da sífilis, a maneira de evitar o pavoroso cortejo dos seus acidentes, consiste no tratamento anti-sifilítico racional.

Para o indivíduo e para a espécie.

É tratando racionalmente o indivíduo que se preserva a espécie dos efeitos nefastos da sífilis.

Os próprios psicólogos não podem deixar de reconhecer que « as duas formas da hereditariedade — orgânica e mental — estão tão estreitamente ligadas, que não há talvez investigação dos biólogos que seja sem interesse para o psicólogo » (Ribot) ².

Ribot escreve que « a ideia duma doença do espírito, independente de qualquer causa orgânica, é tão ininteligível que os próprios espiritualistas a regeitaram e que se concorda em reconhecer que a causa da loucura é sempre um estado mórbido dos órgãos; que a alienação é, como as outras, uma doença física na sua causa, ainda que seja mental na maior parte dos seus efeitos ». « A

¹ J. Anglas: *Depuis Darwin* — Paris, 1924.

² Th. Ribot: *L'hérédité psychologique* — Paris, 1914.

demência e a paralisia geral são, diz Ribot, a terminação habitual ou pelo menos possível de todos os géneros de loucura. »

«Ora a demência dos ascendentes se reproduz, sob a mesma forma e quasi na mesma idade, nos descendentes; ora a loucura dos pais se metamorfoseia e torna-se nos filhos demência ou paralisia geral.»

«Está provado hoje—escreve Leredde—que o tabes e a paralisia geral são sifilíticos duma maneira constante.»

A metamorfose observada não demonstrará, portanto, a existência da sífilis nessas famílias?

Do «*Étude généalogique sur les aliénés héréditaires*», de Doutrebente, Ribot transcreve, entre outras, esta observação, «que mostra a hereditariedade mórbida em toda a sua força»: avós affectados de hereditariedade mórbida; pai epiléptico com crises frequentes, seguidas de coma e de perda momentânea da memória; mãe estrábica e surda; doze filhos, dos quais cinco morrem de convulsões, três morrem de hemorragia cerebral, um é epiléptico, uma filha coreica, um hidrocefalo, um alienado.

Não se poderá chamar a esta «*hereditariedade mórbida*», e com mais precisão, hereditariedade sifilítica?

«A idea que tende a estabelecer-se actualmente, relativamente à etiologia da epilepsia—escreve Edmond Fournier—é a que tende a fazer reentrar a epilepsia essencial no quadro das epilepsias sifilíticas.»

Segundo Marfan, as convulsões precoces implicam sempre a existência da sífilis, e a coreia vulgar foi recentemente ligada por Milian, e outros autores, à sífilis.

Ed. Fournier pergunta: «A epilepsia, o raquitismo, não tendem dia a dia a reentrar mais intimamente no quadro da sífilis hereditária e não será necessário ver

entre êles e as convulsões outra coisa além de simples factos de coincidência? O estrabismo, as perturbações de evolução dentária, a microcefalia, a hidrocefalia, as escleroses cerebrais, as encefalopatias agudas ou crónicas não são também sintomas singularmente frequentes de sífilis hereditária?»

E responde: «Verdadeiramente não se poderia negar que a coincidência assinalada fortuitamente entre as convulsões da infância e tôdas estas manifestações não sejam indirectamente um argumento perturbante em favor do papel predominante que é necessário, creio eu, reconhecer a estas convulsões na semiologia da sífilis hereditária, em que, pela minha parte, eu tantas vezes notei esta rúbrica: «convulsões na infância», tanto nas observações que eu próprio pude recolher de héredo-sifilíticos como nas que coligi na literatura médica».

Segundo Ribot, Haller foi o primeiro a notar, a propósito de duas famílias nobres em que a idiotia se declarou um século antes, e que se manifestava ainda na quarta e quinta gerações, que a idiotia parece transmitir-se de preferência sob a forma *colateral*, ou então em linha directa, mas desaparecendo durante uma ou duas gerações.

Ora êste salto da idiotia, deixando indemnes gerações intermediárias, não se assemelha singularmente a alguns casos de héredo-sífilis de segunda e terceira geração atrás referidos?

Escreve Déjerine que «a tendência actual é de ver na mais comum, a mais banal das nevroses, na neurastenia (fraqueza irritável), o ponto de partida de tôdas as afecções do sistema nervoso, a fonte da grande família neuro-patológica... É a neurastenia que a cria e a mantém a um tempo».

E Déjerine diz que a neurastenia é « a única das afecções do sistema nervoso que não reconhece sempre a hereditariedade por causa, que se pode *adquirir* sob a influência de certas circunstâncias, sem nenhuma predisposição anterior ».

Gougerot escreve que « não existe neurastenia essencial, assim como demonstrou Landouzy; é pois necessário, quando se põe o diagnóstico de síndrome neurasténico, procurar sistematicamente as causas: tuberculose, sífilis, etc. »

« Nenhum facto — diz Leredde — está melhor estabelecido do que o das relações frequentes da neurastenia e da sífilis. Desde as investigações de Fournier, todo o sifilígrafo observou factos de coincidência, e mesmo factos de melhoras pelo simples tratamento mercurial, quando é prosseguido com alguma perseverança. » E Leredde diz que na maior parte dos seus neurasténicos a sero-reacção foi negativa, « mas a punção lombar revelou uma linfocitose, e a acção do tratamento pelo arsenobenzol foi das mais nítidas », e conclui: « De resto, a *neurastenia*, que é muitas vezes o primeiro sinal clínico duma paralisia geral, associa-se a tôdas as formas da sífilis cerebral; ela precede-as ou as acompanha ».

Gougerot, sintetizando, formula êste conceito: « **Diante de qualquer alienado ou mental, é necessário pois pensar na sífilis, fazer a sero-reacção e tentar o tratamento** ».

E Leredde: « Pela sua frequência, pela frequência das lesões meníngeas e arteriais, pela permanência da infecção à superfície, se não na profundidade do eixo cérebro-espinhal, a sífilis é a causa essencial das afecções nervosas. Ela é, muito mais do que o próprio alcoolismo, a causa principal das afecções mentais. »

No seu notável livro *L'hérédité psychologique*, Ribot

diz que «para quem quizer convencer-se do papel capital da hereditariedade em qualquer decadência, não há estudo mais impressionante do que o dos degenerados».

A Medicina, e em especial a Sifilografia, já hoje nos permite afirmar que o determinismo, o fatalismo hereditário fez o seu tempo!

Ibsen é, felizmente, um anacronismo.

Darwin afirmou: «A hereditariedade é a lei»; e Ribot, precisando: «a hereditariedade é a lei, a não hereditariedade a excepção».

Ainda hoje está em vigor, mesmo quando aplicado à hereditariedade mórbida, o conceito de Ribot, mas depende da educação do público — e esta é consequência directa, no caso, da mentalidade do Médico — podemos modificá-lo, porque já no-lo consente a Sciência, dêste modo:

A não hereditariedade mórbida é a lei; a hereditariedade patológica a excepção.

E desta excepção terrível serão responsáveis os progenitores, ou antes a própria sociedade, no dia em que «a mentalidade actual do médico der lugar a uma mentalidade nova»!...

Sinto, com natural alvoroço, que êsse dia está próximo!

Weismann estabelece como base da hereditariedade a «continuidade do plasma germinativo», isto é, Weismann divide as células em «germinativas» e «somáticas», representando as primeiras a continuidade da espécie, das últimas derivando o indivíduo.

O treponema pálido toca a própria célula germinativa, como o estudo da héredo-sífilis demonstra incontestavelmente.

A profilaxia da sífilis reside no seu tratamento sis-

temático: tratar a actual geração — pois que não nos é possível mais do que lamentar que as que nos precederam não se tivessem tratado — é preservar a futura de todos êsses accidentes referidos — e sabe-se lá de quantos mais!

Doenças há mal definidas ainda, pois que permanece obscura a noção etiológica, como, por exemplo, a doença, ou antes, o sindroma de Parkinson, hoje na balha da discussão.

Ed. Fournier, falando da doença de Basedow, que diz ser « uma afecção da idade adulta que aparece súbitamente por ocasião duma emoção, duma cólera, duma gravidez », cujos principais sintomas « não são senão os ecos longínquos das lesões cardíacas, tiroideas, nervosas, que se encontram tão freqüentemente na criança héredosifilítica », exactamente como acontece com « o tabes, a epilepsia, certas afecções viscerais cujos sintomas se notam muitos anos depois do princípio da sua evolução » — Edmond Fournier, dizia eu, é de opinião que o mesmo se dá com a doença de Parkinson, confessando todavia o pouco de conhecimentos que a seu respeito possui.

E Edmond fala de três observações suas de doença de Parkinson, tôdas em relação com a sífilis.

Trato actualmente um doente, homem de 36 anos de idade, que em 1919 apresentou uma reacção de Wassermann positiva e foi então tratado insufficientemente.

Em 1921, a seguir a alguns banhos de mar, sentiu uma grande excitação nervosa acompanhada de intenso trémulo, segundo o doente informa, e a sero-reacção, repetida então, foi negativa. O boletim do exame do líquido céfalo-raquidiano, feito em 1922, tem esta conclusão: « as pesquisas realizadas nada revelaram de anormal ».

Entre essas pesquisas conta-se a reacção de Wassermann.

Vi o doente pela primeira vez em Janeiro de 1923, o qual acusava, sumariamente, um permanente mal estar, impossibilidade de permanecer sentado mais do que alguns minutos, mesmo durante a refeição; trémulo generalizado, com predominância na metade esquerda do corpo, rigidez muscular com predominância do mesmo lado, com a conseqüente dificuldade na execução dos movimentos voluntários; ausência dos movimentos automáticos dos membros superiores durante a marcha; facias fixa, inexpressiva.

Este estado permanecia, com ligeiro alívio, sob a acção da hioscina, que o doente tomava em poção. Fez depois, a meu conselho, injeções de *Muthanol*, e ultimamente, depois de ter estudado o doente com Sousa Júnior, Santos Silva e Vítor Ramos, tenho-o tratado, alternada, e por vezes simultaneamente, pelo *Quinby*, cacodilato de sódio por via endo-venosa e em alta dose, que o doente tolera muito bem até à dose de 3^g,50, e bromidrato de escopolamina em injeções sub-cutâneas.

As melhoras têm sido consideráveis, embora não tanto quanto desejo: o doente está sentado, sem grande inquietação, durante muito tempo, mesmo horas quando joga dominó; o trémulo diminuiu muito e a rigidez muscular também, porém menos — e isto quando não está sob qualquer acção medicamentosa, pois quando injecta escopolamina diz o doente sentir-se como se estivesse quasi bom.

Nada se colhe nos seus anamnésticos — «nem mesmo com muito boa vontade de o conseguir», na expressão do distinto neurologista Dr. Vítor Ramos — que per-

mita supor no passado do doente uma encefalite letárgica, mesmo fruste.

A mãe e uma irmã do doente são «pequenas, pelo menos duma estatura abaixo da média» e o próprio doente é «franzino» — o que Ed. Fournier considera como caracteres do «estilo distrófico héredo-sifilítico».

Souques¹ diz que a doença de Parkinson é um síndrome, e explica que foi Charcot, há cerca de cinquenta anos, quem lhe deu o nome, não só em homenagem a Parkinson, mas também para mascarar a expressão, dolorosa para os doentes, de paralisia agitante — não tendo Charcot o intuito, ao dizer doença de Parkinson, de fazer nosografia. No tempo de Charcot não estava em uso a palavra *síndrome*, e só por isso Charcot chamou *doença* à afecção parkinsoniana, dada a ignorância da sua causa. De resto, diz Souques, a doença de Raynaud, a doença de Little, e tantas outras afecções, nada mais são hoje do que síndromas.

O prof. romeno Urechia diz que «no que respeita à etiologia, áparte os tumores pedunculares e a arterioesclerose que são bastante prováveis, acaba-se de reconhecer nêstes últimos tempos a encefalite epidémica, que reproduz mais ou menos completamente o síndrome parkinsoniano. A natureza inflamatória do processo foi já assinalada antes do período actual ou orgânico por Carrayron»; «uma vez que a natureza inflamatória de alguns casos se estabeleceu, a questão que se põe é de saber se outras afecções de natureza inflamatória seriam capazes de a reproduzir nesta ordem de ideas e é natural pensar na sífilis».

¹ *Réunions Neurologiques, 3-4 Juin 1921, de la Société de Neurologie de Paris — Revue Neurologique, 1921 — N.º 6.*

E, sôbre êste assunto, Urechia faz uma interessante excursão pela literatura médica, e fixa varias observações em que o syndroma parkinsoniano aparece em doentes com afecções de origem e natureza reconhecidamente sifilíticas, como a paralisia geral, e diz: « encontram-se de resto algumas vezes, no decorrer da paralisia, e sobretudo para o fim, regidez dos membros e uma máscara facial que lembram a doença de Parkinson — *sine agitatione* — ou ainda algumas vezes regidez com trémulos e que, segundo as concepções actuais, se deve explicar por uma inflamação mais intensa do núcleo de Soemering e do *globus pallidus*. É uma coisa banal, quanto a mim, ainda que muitos tratados façam sôbre ela silêncio ».

Oppenheim, segundo Urechia, diz ter notado a sífilis em sete casos de syndroma de Parkinson prôpriamente dito, mas o tratamento específico foi sem resultado; Camp publica um caso de doença de Parkinson com anisocoria, rigidez pupilar, dores fulgurantes, linfocitose no líquido céfalo-raquidiano, reacções de Nonne-Apelt e de Wassermann positivas, com melhoras pelo tratamento salvarsânico; Tinel publica um caso, em que foram negativos os resultados da punção lombar, como negativa foi a reacção de Wassermann, que melhorou pelo tratamento específico — e por isso Tinel considerou provável a origem sifilítica; Crocq, de Bruxelas, emite a opinião de que « a sífilis não desempenha papel algum na paralisia agitante », mas considera todavia que « o tratamento arsenical, sob a forma de arsenobenzol intravenoso, parece o melhor ».

Urechia cita uma observação, que extrai do livro de Régis, dum doente de 57 anos, em cujo exame somático Régis notou: aortite, bronquite crónica, anisocoria, irregularidades pupilares, sinal de Argyll-Robertson, reflexos tendinosos exagerados, disartria, reacção de Wassermann

positiva no sangue e no líquido céfalo-raquidiano, assim como albuminose e linfocitose. O doente marcha a pequenos passos, e apresenta uma fâcias e uma atitude parkinsonianas. Os membros superiores são rígidos e animados de trêmulos com o caracter parkinsoniano, algumas vezes apresentando mioclonias ou mesmo movimentos coreiformes que são sobretudo evidentes na mão esquerda. Sob o ponto de vista mental, demência avançada.

O doente morre, e na autópsia encontrou-se o aspecto característico da paralisia geral. As meninges são sobretudo espessadas na região da base; nas secções frontais nenhuma lesão em foco ou atrofia. Régis fixou o *locus niger*, os núcleos vermelhos da calote, os núcleos opto-estriados, os núcleos dentados e diferentes pedaços do cortex.

A título de comparação, Régis fez secções de outros dois cérebros de paralíticos sem parkinsonismo, e comparando as lesões dêstes com as do caso relatado, Régis notou uma diferença impressionante: no caso da observação as lesões eram muito mais intensas nas regiões de predilecção da doença de Parkinson.

E Urechia conclui: «devemos pois admitir que a sífilis pode algumas vezes figurar na etiologia do síndrome de Parkinson».

Da observação de Régis parece ser permitido concluir-se que o síndrome de Parkinson difere da paralisia geral pela localização e intensidade das lesões, e não pela natureza destas.

Para se compreenderem em tôda a sua gravidade os estragos causados pela sífilis, tem enorme importância essa noção de *localização*.

Ribot, para explicar um grande número de excepções à lei da hereditariedade, usa de uma interessante imagem:

« numa máquina a vapor, diz Ribot, uma causa insignificante pode produzir efeitos terríveis, uma explosão, um descarrilamento, um incêndio. Entre a causa e os efeitos há uma *desproporção* que só a experiência mostra. Se se trata não já dum mecanismo feito por mão de homem, mas destes mecanismos naturais que se chamam organismos, onde tudo é engrenagem e irritação até nos detalhes infinitamente pequenos, a desproporção dos efeitos e das causas tornar-se há enorme ». « Um pouco de pus acumulado no cérebro, uma lesão tão ligeira que o microscópio mal a descobre, geram essas desorganizações mentais que se chamam delírio, loucura, monomania ».

Pois a sífilis, que é modelar em perfídia, quando parece atenuada, e de facto se apresenta diminuída de virulência, a ponto de se chegar a supor, embora erradamente, que ela deixou de ser contagiosa e, portanto, sem perigo para a *entourage* do sífilítico; quando nas suas lesões a pesquisa do treponema é muito mais difícil porque êle se torna raro — então a sífilis localiza-se em órgãos essenciais à vida e nêles produz lesões mínimas, circunscritas ou difusas, gomas, infiltrados intersticiais, escleroses, lesões dos parenquimas, e causa as afecções nervosas, vasculares, renais, etc., etc, que passam por ser *de origem desconhecida* ou se atribuem a causas « *banais* » — e mata o doente!

Por isso Gougerot lembra a opinião de Landouzy: a mortalidade por sífilis terciária é muito mais considerável do que se crê.

E bem claro e evidente resulta o princípio invocado por Ribot: *desproporção entre a causa e os efeitos*.

Na sífilis, escreve Leredde, a « atenuação de virulência não implica uma benignidade da doença, a gravidade sendo devida sobretudo às localizações ».

E assim são freqüentes formas gravíssimas de sífilis, de tal modo limitadas, que «no decorrer das quais — diz o ilustre sifilígrafo — as substâncias específicas não se espalham no sôro sangüíneo» ou a formação dessas substâncias pode ser tão pouco abundante que se torne impossível descobrir a sua presença no sangue.

Daí, provavelmente, a freqüência de sero-reacções negativas.

E assim há hemiplegias, monoplegias, afasias, e outros accidentes sifilíticos nervosos, sem sero-reacção positiva, sem alterações do líquido céfalo-raquidiano...

É que a lesão, insignificante se abstrairmos dos seus efeitos, se limitou apenas a um ponto de uma artéria!...

Se considerarmos a evolução da sífilis que a história regista, e a compararmos com a evolução clássica da doença de Fracastor no indivíduo que a contrai — impressiona a semelhança das duas evoluções, a ponto de me parecer possível o estabelecimento de uma lei análoga à de Fritz Müller do Evolucionismo, que Heckel resumiu assim: «a ontogenia é paralela à filogenia»¹. E assim como podemos assistir, no curto período de 9 meses da gestação do ser humano, ao resumo e rápida recapitulação da sua evolução em milhões de anos — assim no indivíduo que contrai a sífilis, e em que ela apresenta a evolução clássica dividida em períodos primário, secundário, terciário, assistimos, quere-me parecer, à evolução resumida da doença de Fracastor marcada pela história.

A época actual, em relação à evolução histórica da sífilis, seria, na minha hipótese, o período terciário, isto é, o período glandular, psico, neuro, visceropático, da terrível doença que a Sifiligrafia estuda desde 1493!

¹ Rémy Perrier: *Cours élémentaire de Zoologie* — Paris, 1908.

Seria por isso que hoje raramente observamos num doente a evolução clássica da infecção treponémica adquirida — aquelas fases horrivelmente dramáticas que vimos fixadas pelo poeta Jean Lemaire e pelo padrinho da sífilis, Fracastor.

Foi, certamente, a evolução da sífilis, marcada pela história no sentido de uma benignidade aparente, que enganosamente fez com que Fracastor, e outros observadores que se lhe seguiram, pensassem numa atenuação do vírus e que da maneira mais pérfida levou Auzias-Turenne a crer numa imunidade que se poderia adquirir, e que ainda hoje tanto nos ilude!

A imunidade na sífilis!

É Profeta a atribuí-la às crianças nascidas de sífilíticos, é Colles e Beaumés formulando leis em que a atribuem às mulheres mães de filhos héredo-sifilíticos, é essas crianças a reinocularem-se mais tarde, sem que sejam prevenidas pelos acidentes primário e secundários, ou porque não existam, ou porque êsses acidentes sejam tão pouco impressionantes que praticamente é como se não existissem!

O prof. Besredka ¹, num artigo recente sôbre imunidade local, nota que «se conhecem casos em que os anti-corpos estão presentes sem que haja imunidade, não sendo o inverso admitido» — e é bem evidente que a sífilis é um frisante exemplo dêsses casos.

Besredka diz que para vacinar a cobaia contra a infecção estafilocócica, utilizando a via sub ou intra-cutânea, obtem-se «as mais das vezes uma imunidade da pele, traduzindo-se, quando da inoculação dos estafilo-

¹ A. Besredka: *De l'immunité locale: cutivaccination et pansements spécifiques* — *La Presse Médicale*, 12 Juillet 1924.

cocos vivos, pela formação dum pequeno abcesso, em vez da vasta escara na cobaia testemunha ». No seu original artigo, Besredka principia por dizer que « a imunidade a que chama local é a que se obtem por vacinação dum só órgão, mas que se acompanha as mais das vezes da imunidade de todo o organismo » e não, como poderia parecer, « a imunidade que fica estreitamente localizada num órgão determinado, enquanto que os outros órgãos e todo o animal conservam a sua receptividade normal ».

Mas o artigo de Besredka sugeriu-me a idea de que a sífilis imuniza de certo modo a pele para o sifiloma primário, como acontece com a cobaia na vacinação anti-estafilocócica por via intra-cutânea—o que explicaria a benignidade actual do que se chamou *cancro duro* e a existência de inoculação treponémica transcutânea e transmucosa sem reacção local.

Nunca é de mais acentuar que para os órgãos profundos, se existe imunidade em face do treponema, ela não evita a formação de lesões, insignificantes ou não, mas quási sempre de trágica gravidade nos seus efeitos.

Intencionalmente, evitei referir-me a afecções da pele, a-pesar-da Dermatologia andar tão ligada à Sifillografia que ainda hoje as sociedades científicas, as revistas e o curso da *especialidade* têm esta designação: « de Dermatologia e Sifillografia ».

E a Dermatologia, assim, apresenta ainda ares dominadores...

Todavia, áparte as afecções da pele com caracteres específicos, a patogenia de muitas dermatoses tem sido ultimamente esclarecida pelo estudo das perturbações humorais—e sobre a etiologia destas já foram feitas referências...

Há ainda as dermatoses de agente parasitário conhe-

cido, e curioso seria conhecer em que grau a sífilis possivelmente nelas intervem...

Indubitavelmente, exerce uma função considerável, na etiologia destas dermatoses, o terreno, o estado humoral — influenciando porventura, na eclosão dessas afecções da pele, reacções humorais subtis que não é possível apreender no momento científico actual.

Ravaut, a tal propósito, escreve: «a patologia cutânea oferece-nos exemplos demonstrativos; é frisante ver as tinhas, tão freqüentes na infância, cuja origem externa parece não oferecer dúvida, desaparecerem espontaneamente e cessar de se inocularem no momento da puberdade; do mesmo modo, existem indivíduos refractários aos parasitas como os da fúriase, da sarna, etc., enquanto que em compensação certos estados patológicos favorecem o seu desenvolvimento; idênticamente ao que acontece com os parasitas microbianos, as mesmas observações podem-se fazer quotidianamente: é pelas nossas reacções humorais que nos defendemos e lutamos contra as diversas agressões mórbidas»...

Já notei o grande valor que Audrain atribui, para o diagnóstico da sífilis, ao estado de vulnerabilidade, de iminências e coincidências mórbidas, à inferioridade de resistência.

Pode-se concluir, evidentemente, dessas palavras, que muitas doenças infecciosas, agudas e crónicas, são devidas, não só ao seu agente patogénico, mas também às inferioridades de resistência, em que fala Audrain, ao enfraquecimento das reacções humorais de defesa, a que se refere Ravaut.

E dumas e doutras falam Ravaut e Audrain a propósito da sífilis...

Sousa Júnior, impressionado pela constância da

existência de sífilis nos tíficos, costuma dizer que o *bacilo de Eberth só morde nos sífilíticos...*

Interessante e complexo seria o estudo das relações etiológicas da sífilis e outras infecções, como não menos interesse e complexidade oferece o estudo recíproco, isto é, da influência que sobre a evolução duma sífilis exercem outras infecções. A gripe, a febre tifóide, a encefalite letárgica, podem despertar o treponema adormecido; mas são conhecidos casos de cura, por exemplo, de diabetes, pela intercorrência duma febre tifóide; e a extrema raridade da paralisia geral em indivíduos que tiveram a do-tienteria, foi a base de novos métodos de tratamento da meningoencefalite sífilítica...

Segundo Vaiciuska ¹, doutor lituânio, Bouschke apresenta «observações isoladas que fazem ver que as doenças infecciosas inter-correntes, por exemplo a escarlatina, exercem em aparência sobre a sífilis uma influência a tal ponto favorável que podem mesmo provocar o desaparecimento dos exantemas».

Coley e Kleeblatt obtiveram a cura do sarcoma, nas duas semanas que se seguiram à supuração provocada por uma infecção de cultura dum estreptococo de erisipela.

Vaiciuska relata a curiosa observação duma doente de 22 anos, virgem, fraca e nervosa, com um cancro sífilítico no lábio superior, acompanhado de adenopatias sub-maxilares. A doente explicara que na pensão em que estava havia uma criada com erupção na fronte e voz rouca. A doente apresentou roséola, pápulas com coroa de Vénus e angina sífilítica, e após duas séries de

¹ Pr. Vaiciuska: *Contribution à l'étude de l'influence du typhus exanthématique sur le cours de la syphilis.* — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Février 1924.

tratamento por injeções de salicilato de mercúrio e aplicações locais de sublimado, a erupção desapareceu, mas as outras manifestações, conquanto tivessem diminuído, ficaram ainda aparentes.

O autor tencionava fazer a aplicação do sulfarsenol ou do bismutotartrato, quando a doente apareceu com tifo exantemático, que propositadamente contraíra junto de exantemáticos internados no hospital.

Depois do tifo exantemático, tratado sintomaticamente, desapareceram todos os sintomas de sífilis e a reacção de Wassermann foi de resultado negativo.

A doente não apresentou mais sinal algum de sífilis. O autor diz, é claro, que não pode afirmar uma cura definitiva.

E Vaiciuska conclui: «a respeito duma tal doença tão caprichosa como a sífilis, no estado actual dos nossos conhecimentos, semelhantes accidentes conduzem ao estudo de novas vias nos domínios da patologia e da terapia».

No estado actual dos nossos conhecimentos, pode-se já aspirar ao extermínio da sífilis.

Leredde, não é demais insistir, pronuncia a tal propósito o seu *Delenda Carthago*.

Mas o *Delenda Carthago* da sífilis constitui ainda hoje apenas uma aspiração, pois, para o conseguir, é necessário lutar, modificar costumes, extirpar velhos erros — o que, no dizer do psicólogo, é mais difícil ainda do que fazer aceitar uma verdade nova...

Não é, positivamente, nova a doutrina expressa por Ucay no século XVI, que Sanches, no século XVIII, Fourmier, no século XIX, fazem ecoar ribombantemente — e hoje tende a estabelecer-se definitivamente!

Mas o próprio facto de uma idea não só resistir a

acção destrutiva do tempo, mas com o tempo revigorar-se, ganhando em mocidade, não constituirá um argumento da maior valia em favor da sua verdade?

A propósito das leis da hereditariedade psicológica, Ribot escreve estas palavras que, creio eu, não serão despropositadas aqui: « não se trata com efeito aqui, que se note bem, de leis *scientificas*. A sua determinação é absolutamente impossível, e a complexidade do problema é tal que não temos nem actualmente nem num futuro próximo esperança alguma de o conseguir.

Só a lei científica daria a previsão, só ela permitiria dizer: tais pais, tendo tais antecedentes, em tais circunstâncias, transmitirão aos filhos tais caracteres. Quem ousaria arriscar uma semelhante predição, senão a título provável? Na verdade, os criadores hábeis de animais têm sabido prever em vários pontos, e a sua arte é a mais bela demonstração prática das leis da hereditariedade ».

No que diz respeito à sífilis, muitos problemas postos pelos factos — e « a verdadeira atitude científica, diz Roustan, é o espírito de submissão ao facto » — seriam esclarecidos, ou mesmo resolvidos, pelo conhecimento completo da biologia do treponema: como se reproduz? qual o estado em que se encontra numa ou mais gerações, em que nada revela a sua presença?

A arte dos criadores, a que Ribot se refere, é a mais bela demonstração prática das leis da hereditariedade...

A Arte do Médico também pode ser a mais bela demonstração prática, não sei se das leis, se da excepção às leis da hereditariedade, se das duas coisas a um tempo: demonstração das leis da hereditariedade *fisiológica*, a mais bela demonstração da excepção, tornada regra, às leis da hereditariedade mórbida...

Pode ser — eliminando a doença.

E outra doença haverá que, como a sífilis, cause no indivíduo e na raça semelhantes estragos?

Possivelmente, mas suponho que se não conhece: «**outras infecções, como a tuberculose, podem exercer uma influência comparável, mas nenhuma, creio eu, tem a importância e a extensão da sífilis**» — segundo as palavras de Ravaut, já referidas em outro lugar.

Quanto à espécie, ouçamos Hanot: «**nascemos com o nosso *dossier* completamente carregado dos incidentes da vida embrionária e fetal**».

Preservemos da sífilis o novo ser, tratando os pais antes do acto da concepção, tratando a mãe durante o período da gestação.

Quanto ao indivíduo, fixemos as palavras de Leredde:

«**O dever de todo o médico — não tomo a palavra dever num sentido vago, mas no sentido de obrigação moral verdadeira — é fazer, de qualquer doente, um homem não contagioso, que não crie vítimas novas, que possa casar-se, certo de não transmitir a infecção de que está atingido, que possa ter filhos são: *não digo héredosifilíticos atenuados*.**

Mais ainda, porque o resultado é mais difícil de alcançar: **de todo o sífilítico, nós queremos fazer um homem que tenha uma vida de duração normal, cuja saúde fique normal, que esteja ao abrigo de toda a afecção profunda, das formas da sífilis profunda.**»

.....

.....

E assim, alvoroçadamente, com entusiasmo, sinto aproximar-se o dia em que a Medicina — que os Srs. Conselheiros Acácios, muito profundos, como se sabe,

em todos os campos de actividade da Inteligência Humana, costumam dizer *que está muito atrasada*— em que a Medicina, ia eu dizendo, possa afirmar à Humanidade que sofre, e, com mais segurança, à que está ameaçada pelo sofrimento:

Livra-te dos desastres, que Eu te livrarei dos males!...

Ermezinde — 1924, Dezembro.

VISTO.

Sousa Júnior

Presidente.

PODE-SE IMPRIMIR.

Alfredo de Magalhães

Director.