# SIFILIS DOS ORGÃOS GENITAES DO HOMEM



TESE
DE
DOVTORAMENTO
APRESENTADA
Á FACVLDADE
DE MEDICINA
DO PÔRTO

POR
JOÃO
D'ALMEIDA
ASSISTENTE DA
FACVLDADE
DE MEDICINA
DO PÔRTO

186/5 FMP

PÔRTO
MCMXX

V

N.º 50

JOÃO D'ALMEIDA
2.º ASSISTENTE DE CLINICA CIRURGICA

# Sífilis dos orgãos genitais do homem

TÉSE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA Á
Faculdade de Medícina do Pôrto

OUTUBRO DE 1920

Tip. da Papelaria Ribeiro
Campos & Fraga, Limitada
R. Mousinho da Silveira, 202
— PORTO – 1920 —

# Faculdade de Medícina do Pôrto

DIRECTOR

**Maximiano Augusto de Oliveira Lemos**

SECRETARIO

**Alvaro Teixeira Bastos**

## CORPO DOCENTE

### PROFESSORES ORDINARIOS

| | |
|---|---|
| Augusto Henrique de Almeida Brandão . . | Anatomia patologica. |
| Vaga . . . . . | Clinica e policlinica obstetricas. |
| Maximiano Augusto de Oliveira Lemos . . | Historia da medicina. Deontologia médica. |
| João Lopes da Silva Martins Junior . . . | Higiene |
| Alberto Pereira Pinto de Aguiar . . . . | Patologia geral. |
| Carlos Alberto de Lima . . . . . | Patologia e terapeutica cirurgicas. |
| Luiz de Freitas Viegas. . . . . | Dermatologia e Sifiligrafia. |
| Vaga . . . . . | Pediatria. |
| José Alfredo Mendes de Magalhães . . . | Terapeutica geral. Hidrologia medica. |
| Antonio Joaquim de Sousa Junior . . . . | Medicina operatoria e pequena cirurgia. |
| Thiago Augusto de Almeida . . . . . | Clinica e policlinica medicas. |
| Joaquim Augusto Pires de Lima . . . | Anatomia descritiva. |
| José de Oliveira Lima . . . . . | Farmacologia. |
| Alvaro Teixeira Bastos . . . . . | Clinica e policlinica cirurgicas. |
| Antonio de Sousa Magalhães e Lemos . . | Psiquiatria e Psiquiatria forense. |
| Manoel Lourenço Gomes . . . . . | Medicina legal |
| Abel de Lima Salazar . . . . . | Histologia e Embriologia. |
| Antonio de Almeida Garrett . . . . . | Fisiologia geral e especial. |
| Alfredo da Rocha Pereira . . . . . | Patologia e terapeutica medicas. |
| Vaga . . . . . | Clinica das doenças infecciosas. |

### PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias

« A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.»

Artigo 155.º do Regulamento da Escóla Médico-Cirúrgica do Pôrto, de 1840, 23 de Abril.

«Á memória de Francisco Assis de Sousa Vaz, do Conselho de Sua Magestade, Comendador das Ordens de Nosso Senhor Jesus Cristo e de S. Maurício e S. Lázaro, doutor em Medícina, lente jubilado e director da Escóla Médico-Cirúrgica do Pôrto, nascido a 7 de Agôsto de 1797 e falecido a 6 de Abril de 1870, o qual, havendo projectado deixar um legado á dita Escóla para o seu rendimento ser aplicado ao aperfeiçoamento e derramamento dos conhecimentos médicos, bem como a subsídiar alguns alunos necessitados, e não podendo realisar tão útil pensamento, foi êste interpretado por sua irmã e herdeira D. Rita de Assis de Sousa Vaz, legando á mesma Escóla e para o fim indicado, sessenta inscrições da dívida pública nacional do valôr nominal de 1:000$000 réis cada uma.»

Em testemunho de gratidão.

O. O. C.

*O aluno pensionário*

*João d'Almeida*

# Á memória de meus Pais

«O amôr que o vosso carinho gerou no meu coração de filho e a dilatada ausencia por essa viagem para o ignôto guiados pela mão de Deus,—fizeram nascer no meu peito a mais perduravel Saudade.

É uma doença dalma que só findará quando se me apagar a vida; é arvore que criou raizes tão fundas no meu peito, que o mais forte vendaval poderá abalar apenas, mas não conseguirá derrubar.

Ao Professor e Amigo Ex.mo Snr.

# Dr. Alvaro Teixeira Bastos

Não é o meu coração terreno propício para nele medrar a erva daninha da ingratidão.

Sei de quanto vos sou devedor e regosijo-me por poder patentear publicamente a minha profunda gratidão pelo vosso valioso auxílio.

Frágil batel em mar revôlto, sossobraria por certo se a vossa mão amiga me não amparasse e me servisse de guia.

*Ao Ex.mo Snr.*

# P.e Alfredo Pinto Teixeira

Nunca o tempo que tudo corrompe, conseguirá apagar ou sequer diluír no meu espírito a lembrança da vossa carinhosa protecção.

*Aos Ex.mos Snrs.*

# Condes de Bertiandos

Com muito respeito e estima.

Ao meu Ilustre Presidente de Tése Ex.mo Snr.

# Dr. Maximiano de Lemos

Orgulha-me a honra que se dignou conferir-me.

# PRÓLOGO

*Reza a fábula que Phaetonte, filho do Sol, pedira um dia ao pai que lhe permitisse guiar o seu cóche apenas por um dia.*

*Apólo recusou-se a princípio a satisfazer-lhe esse desejo, mas, fôra tal a insistencia que, embora de mau grado, confiou-lhe o govêrno do carro depois de lhe haver dado as instrucções necessárias.*

*"Apenas chegou ao horisonte, os caválos, estranhando a mão dêste novo conductor, tomaram o freio nos dentes, de sorte que avisinhando-se muito á terra, tudo nela se abrasava pelo ardôr do sol, e alongando-se muito, tudo nela perecia pelo rigôr do frio."*

*Inexperiente e ousado eram condições em demasía para agourar um mau sucesso.*

*Tambem o conceito serve ao meu caso.*

*Timoneiro inexperiente, bem por certo, conduziria mal a nau que ousadamente me propuz levar a pôrto de salvamento.*

*Embora, calcurriarei o caminho cheio de escólhos*

*com o passo tão firme quanto m'o permitirem as minhas fôrças, e ficarei tranquilo por estar certo de que empenhei os máximos esfórços para cumprir um dever que a lei me impõe.*

*Tantos e tão valiosos autôres escreveram sobre a sífilis, que, a nossa tése, por melhor que fôra, nunca seria mais que um insignificante trabalho de síntese; tambem, nunca tivemos outra pretenção!*

*Fomos até onde julgámos que chegariam as nossas fôrças, e não ultrapassámos os limítes pelo receio das hernias de fôrça que depois reclamam o escalpélo...*

*Escolhendo para assunto do nosso trabalho "A sífilis dos orgãos genitais do homem" quizemos registrar alguns casos interessantes observados na 2.ª Clínica Cirúrgica, dever que nos era impôsto pelo nosso cargo, fazendo ainda salientar, muito propositadamente, os graves prejuízos acarretados ao doente sempre que os seus orgãos genitais e nomeadamente os testículos, são a séde de lesões sífilíticas graves, que passaram despercebidas ao*

*doente e até ao clínico. Tivemos ocasião de observar sifilíticos que sofreram uma dupla castração por epiteliômas (?) testiculares, quando deviam ter suportado exclusivamente um tratamento anti-sifilítico, pois que chegámos, pelo interrogatorio a que os submetemos, á conclusão de que eram portadores de* fungos *sifilíticos dos testículos.*

*São tambem frequentes os casos de infantilismo por heredo-sífilis.*

*Avalia-se das perturbações de ordem moral que as castrações pela sífilis determinam.*

*Quantas desgraças e ilusões desfeitas nos habituámos a presencear, tendo como causa única a sífilis dos orgãos genitais do homem?*

*As razões de escolha iam-se amontoando, e assim a ideia foi criando raises fundas no meu espírito. Do pensamento passámos ás obras.*

*O sapiente júri que nos julgar, que me releve as faltas que eivam êste nosso trabalho despretencioso e*

*modesto, mas que fique com a firme convicção do nosso enormissimo desejo e da nossa persistente preocupação de acertar e de produzir alguma coisa útil.*

*Se o conseguimos, bem compensados nos julgámos do trabalho dispendido.*

*

* *

*Espíritos mesquinhos que nos lêrdes mais por curiosidade que por interesse, que os vossos olhos miopes, não profanem estas poucas linhas que vão seguir-se — tributo de gratidão e respeito a quem, ha já longos mêses deixou êste mundo de miséria e desilusões.*

*Quero referir-me ao Professor Roberto Frias.*

*Bondoso mestre, seria ingratidão imperdoavel se ainda neste momento e neste logar eu não lembrasse saudoso as curtas horas que perdesteis comnôsco insuflando-nos no espírito parcelas do vosso profundo saber.*

*Ficai certo de que nunca em minha imaginação se apagará a lembrança do vosso carinho e dos vossos valiosos ensinamentos.*

*Volta de novo a tranquilidade á minha consciencia por haver saldado mais esta divida.*

*Basta de palavras, porque me aterra a ideia de que um longo carpir de saudades, faria com que as cinzas do mestre se indignassem no túmulo, e que uma voz soléne, saída da urna funerária me diria com o acento proprio duma voz da eternidade: não inquietes os meus restos mortais; a vida fatigante nesse mundo gastou-me e extenuou-me precocemente e agora tenho direito ao socêgo tão ambicionado. Se estimas a minha memória, respeita ao menos esta minha última vontade!*

*

* *

*Quero por último, agradecer do coração ao meu amigo Manuel Esteves Fraga, o grande interesse que manifestou pela execução dêste trabalho e bem assim protestar-lhe a minha gratidão pela sua generosidade.*

*Ao Roberto de Carvalho um grande abraço pela sua valiosa cooperação.*

# História da sífilis

## 1.ª PARTE

# História da sífilis

« A história é: a testemunha dos tempos, a luz da verdade, a escóla da vida e a pregoeira da antiguidade ».

(Cicero).

Na nebulóse do tempo vão se sumindo aos olhos da humanidade as documentações ancestrais! e, como consequência lógica, abismámo-nos no cahos! É noite tenebrosa sem luz e sem guia e mal se tateia o caminho certo por onde havemos de enveredar...

Tudo trévas e ao esboçar-se no horizonte o dôce clarão duma esperança, depressa caímos na noite, mas então, com escuridão mais espessa, impenetravel. Não fantasío, nem mesmo exagéro, mas conclúo apenas.

Em busca «da luz da verdade» de que fala Cicero, procurei, inquiri vezes sem conta mas, as opiniões amontoam-se e, que é mais, degladiam-se mantendo-se a luta através das idades, inervando cada vez mais, mas não se sabendo sequer, quem terá probabilidades de saír vencedor de tal contenda. É uma luta titanica a que só a morte implacavel porá termo! Encontrarão os que nos lêem, no que se segue, a justificação destas minhas asserções.

Ha quem afirme que a sífilis é um flagelo que se vem arrastando de remótas eras e que já talvez perdesse a conta aos anos que dura, tal deverá sêr a sua longevidade! Documentos há que tentam provar tambem que esta doença apareceu a primeira vez na Europa no fim do século XV importada de outras partes do mundo. Dos fócos antigos o mais importante e melhor estudado é o da America.

Astruc, em face dos valiósos documentos consultados, admitia que a sífilis era muito antiga não só na America mas tambem no interior da Africa, Java, Molucas e provavelmente na China.

Qual a razão da sua eclosão e da sua concentração em pontos limitados do globo? Influíriam os climas nesta concentração?

É ainda Astruc que responde à nossa natural curiosidade dizendo: «Cada clima tem as suas propriedades naturais e o seu genero de produção e não há

ponto da terra onde haja toda a especie de frutos»! É para ponderar tal objecção!

A India, berço do género humano, foi, muito provavelmente, um dos mais antigos fócos.

No culto de Lingam, muito antigo na India, fala-se do castigo de Civa que se deixou arrastar á voluptuosidade.

O texto resa que «as suas partes genitais foram destruidas pela gangrena que se espalhou no mundo comunicando-se das mulheres aos homens e não cessou senão com as continuadas orações dos penitentes. As partes felizmente curadas foram suspensas em *ex-voto* no templo da divindade».

Os anais malabares apontam dois médicos: Sangarasiar e Alessianambi que no século IX falam da sífilis e do seu tratamento pelo mercúrio. Transcreveremos tambem algumas passagens interessantes contidas num livro indu, o Sucruta, escrito no ano 400.

Falando das doenças vergonhosas diz: «Estas afecções, umas locais, interessam os orgãos da geração; outras mais gerais, têem outra séde. O humôr em movimento entra no pénis, corrompe a carne e o sangue, ocasióna uma irritação donde vem uma ferida sobre que se formam crôstas espessas. Estas lesões destróem a verga e produzem a esterilidade. Na mulher o humôr que penetra nas partes sexuais ocasióna excrescências fungosas, saniosas e fétidas. Os humôres dirigindo-s

para as partes superiores ocasionam no narís, bôca, ouvidos e olhos, hemorroides. Se o narís é lesado, um cheiro fétido sái das fóssas nasais, a voz é nasaláda".

Luís de Bolonha e Julio Scaliger notificam o aparecimento da avarióse em Malabar, na época considerada como da sua eclosão na Europa sendo então muito conhecida em Calicut com o nome de *Puz*. Tambem na China a avarióse era muito freqùente e a confirmação desta asserção de Garcia de Orta, foi feita a Astruc por um padre jesuita que fôra missionário na China durante 30 anos.

Contra a sífilis empregavam-se então na China lenhos sudoríficos, raís da China, *Smilax china, L.* salsaparrilha e até o mercúrio, parecendo que vieram a conhecer este medicamento pelas suas relações com os arabes.

Recente ou ancestral, na China, o que é para notar, são os caractéres das lesões então apontadas e que não deixam dúvidas sobre a natureza da doença, pois é certo que o documento mais valioso de todos os trechos ou citações tiradas dos historiadores e literatos, será aquele em que se encontre a descrição duma doença, que não deixe dúvidas de que tinha sido um caso de sífilis. M. Morache lembra que algumas obras classicas sobre a sífilis, na China, foram redigidas antes da sua aparição na Europa, e até algumas antes da era christã. No decorrer desta nossa exposição apontaremos

autores vários que reforçam a nossa convicção da antiguidade da sífilis; diremos porém que em épocas remotas não se tratava dum mal cosmopolita como hoje o é indubitavelmente.

Seria supérfluo inumerar as múltiplas condições que impediram a disseminação de doença tão contagiosa, mas todos sabem que até uma certa época, as diferentes partes do mundo, estavam num isolamento completo. O mar imenso era o cordão sanitário, poderosa barreira dificil de transpôr durante anos sem conta, até que um dia veio em que homens audazes e de ambição desmedida, lá foram em busca de nóvos mundos. Confundiram-se, misturaram-se, e o virus inoculado ía augmentando dia a dia a legião de contaminados e progressivamente espalhou-se aos logares mais reconditos do globo esse *morbus* maldito.

Donde viera semilhante flagelo? Não estão de acôrdo todos os que se impuzeram a obrigação de esclarecer os homens de ciência, sobre o assunto. Broca e Parrot, por exemplo, consideram a sífilis como existindo na Europa na época neolítica, baseando esta sua afirmativa no facto de se encontrarem ossos com lesões nitidamente sífiliticas no museu paleontológico de Lyon e que foram encontrados em Solutré. São porém dados pouco completos e até mal esclarecidos sobre que não há possibilidade de fazer mais que conjecturas. Para desorientar bem basta o labírinto em que nos metem

por vezes os inovadores pouco escrupulosos. M. Chantre não encontrou vestigios de sífilis nos cadáveres que exumou dos cemitérios que pertenciam ás épocas: galaico-romana, merovingia e idade média.

Documentos escritos que indiquem a existência da sífilis na Europa antes do fim do século XV não existe nenhum! O que foi feito da sífilis, na Europa em idades pre-históricas, atestada pelas lesões ósseas?

É provavel que as antigas populações que forneceram essas peças ficassem isoladas e extinguiram-se sem terem transmitido a doença aos que os substituíram.

Aí vai uma opinião. Quem se lembrará de forjar outra que tenha tambem cabimento?

Aventa-se ainda a hipótese de grassar a avarióse entre os hebreus, gregos e romanos. Investigando criteriosamente, não encontraremos dados semióticos que nos levem a considerar a sífilis como fazendo parte da patología semítica.

Faltam pois argumentos científicos de peso para afirmações sérias sobre assunto tão delicado.

Os sofrimentos nocturnos de Job, e os diversos sintomas que apresentava, levaram alguns médicos a supôr que se tratava da sífilis, mas Bartholin diz que a afecção tinha mais a caracteristica da lepra ou mesmo do escrobuto, do que da sífilis. Confundiram-na tambem com a mentagra dos romanos de que parece ter padecido Tibério, doença fito-parisitária, o que explica

o contágio desta afecção, mas que não tem nada de sífilitica

Morgagini e Bosquillon referem-se aos costumes dos gregos e dos romanos e tiram depois conclusões. Dizem que todos os que viviam em Roma, onde havia indíviduos de todas as regiões do mundo, entregavam-se a um desregramento de costumes que faziam explodir de indignação os mais ponderados de todo o mundo conhecido.

Se a sífilis existisse nestas sociedades corrompidas, que destróços não teria feito e como poderia escapar á atenção dos médicos e do público? As afecções dentão eram simplesmente locais sendo a patología corrente dos orgãos genitaes: o cancro simples, o bubão (adenite) e a blenorragia, aparecendo esta por vezes com fórmas muito para receiar e devido exclusivamente ao pouco cuidado. Chegou a pensar-se na aparição da sífilis na idade média porém, o que houve foi uma recrudescência da blenorragia e do cancro simples, favorecida em parte pela incúria que é levada ao exagero por Michelet a ponto de dizer: «nem um banho durante mil anos»!

Lá vai mais uma opinião. Segundo Fulgose, aí pelo ano de 1493 a sífilis foi exportada da Ethiopia infestando primeiro a Hespanha. Numerosas observações feitas por Sydenham, Gruner e Sprengel levaram estes autores a concluir que a sífilis europeia tinha uma ori-

gem africana, mas José de Leon refuta menos verdadeira tal asserção alegando ser esta doença desconhecida aos africanos antes de terem sido expulsos de Hespanha os judeus e os mahometanos. Ora como estes tiveram de se refugiar na Africa, não tardou que por contágio se transmitisse o *mal espanhol* a todo o país. Teria portanto sido a via maritima o fio condutor e transmissor... e o importador o continente africano o inverso da opinião emitida por Fulgose.

Falaremos agora da peste dos Maranas. Em fins do século XV surge arrogante a figura sinistra de Torquemada perseguindo os judeus.

O exodo estabelece-se precipitadamente e espalham-se pela Europa, afim de fugirem á fogueira, mas levam com eles doenças contagiosas e infeciosas que os contemporáneos não confundiram com a sífilis mas os escritores modernos Hensler e Gruner consideravam-nas identica á sífilis.

Aos judeus clandestinos chamavam maranos por isso a designação de peste dos maranos. Foi essa peste a que apareceu em Roma quando estes emigrados passaram a porta Appia, e por causa da peste que grassou na capital, conta Buchard que, a 9 de Agosto de 1494, dia da elevação ao pontificado de Inocencio VIII, não houve missa.

Vem por último a origem americana da sífilis. Na história das ilhas de Guadalupe, S. Cristovão e

Martinica o reverendo Testre diz que a sífilis existia nessas ilhas antes da chegada dos espanhois e por isso a contraíram os que acompanharam Colombo na expedição. Pedro Mártir, em 1500 falando dos habitantes de Haiti dizia: "que tinham uma doença particular, caracterisada por grandes pústulas ocupando o corpo roendo os membros, porque eles são muito dados á luxúria e que esta doença é contagiosa por cohabitação com aquele ou aqueles, que dela são atingidos". Foi porém Leonardo de Schman quem pela primeira vez declarou que a sífilis era oriunda da America.

Essa origem foi constatada e demonstrada por Oviedo que estava em Barcelona quando Colombo regressou em 1493 da sua viagem. Tomou depois parte na 2.ª viagem e fez publicar duas obras, dando conta do que observára, uma em 1515 outra em 1525. Oviedo diz: que alguns mêses depois de Colombo regressar da America, em meio do ano de 1493, apareceu um grande número de pessoas sem distinção de classes atingida dum mal nôvo, horrivel e contagioso que "os médicos não comprehendiam nem sabiam curar e nem davam qualquer conselho ao doente". Em 1495 Gonçalo de Cordova organisou um poderôso exército para ir auxiliar o rei de Napoles, contra o rei Carlos de França. Exceptuando os espanhois que faziam parte desse exército, mais ninguem tinha essa doença, não tardando porém que ela fosse transmitida aos france-

cezes e italianos e como nem uns nem outros conheciam tal doença, os francezes denominaram-no mal de Napoles e os napolitanos mal francez. E o terrivel mal lá ía infestando uma outra parte da Europa, com notavel rapidez, sendo favorecida essa propagação pelo deslocamento desses poderósos exercitos que íam semeando o virus pestilento. Oviedo diz que os espanhois trouxeram a doença de S. Domingos e que depois a levaram para Italia, referindo tambem que a facilidade do contágio se explica pela lubricidade extrema de que falam os historiadores.

Lopez da Gamara, Benzoni, Jules Paulmier, Pedro de Ciéca, Jourdanet e o abade Brasseur de Bourbourg confirmam a existência antiga da sífilis na America. Dizem que a existência dessa endemia está hoje demonstrada não só pelos documentos escritos e mitos antigos, mas ainda pelos vestigios que a doença deixou nos esqueletos de americanos, anteriores á conquista da America pelos espanhois. M. Parrot examinou cinco crânios peruanos de crianças, existentes no Instituto Antropológico e notou que, exceptuando um, os restantes apresentavam signais indubitaveis de sífilis hereditária.

O Abade de Bourbourg conta a apoteóse de Manahuath e a sua metamorfóse em sol, inserta nos anais dos povos de Anahuac.

Acendeu-se uma fogueira; aquele que tivesse a coragem de se lançar nela, mereceria as honras da

apoteóse porque das suas cinzas renascerá o deus que hade iluminar o Universo. Manahuath está presente mas atacado de um mal terrivel, incuravel... Incitam-no os restantes a que tome conta do céo e da terra e êle lança-se ao fogo, sendo devorado instantaneamente. A sua doença, que todos lembram, o decidiu e desde então o mal como que ficou divinisado. Em todas as histórias, relativas a este deus, Manahuath é chamado o *bubôso*, isto é sífilitico.

Acêrca dos escritos de Gonçalo Fernandes de Oviedo muitos publicistas alcunham-no de menos verdadeiro dizendo-se que a origem americana da sífilis foi para êle uma espécie de desculpa para se justificar perante Carlos V de violencias que praticára sobre os naturais da Ilha de S. Domingos, quando aí o governador. Como argumentos diremos que: Fernando Colombo, que escreveu as viagens de seu Pai pelas notas deste, e Pedro Mártir que escreveu a história das referidas descobertas, nada dizem a tal respeito; o médico notavel daquele tempo, Diogo Alvarez Chanca entusiasmou-se com a viagem de Colombo em 1493 tomou parte na 2.ª viagem e mandou aos conegos de Sevilha um escrito minucioso com noticias de quanto vira (noticias que chegavam a ser fastidiosas pela minuciosidade), mas «*nada nos dice de las enfermedades sifilíticas, que se han querido suponer endémicas en aquel nuevo mundo...*» (Morejon).

Friend admite até a hipótese de que Oviedo e outros companheiros propagassem a doença na America: "atacado de sífilis, dirigiu-se ás Indias ocidentais em procura de um meio de cura, depois de haver ensaiado infrutuosamente todos os remédios conhecidos na Europa".

J. Rollet teima em dar veracidade ás afirmações de Oviedo garantindo ser menos exacta a notícia que lhe atribuem de que a importação se fizera no regresso da 2.ª viagem de Colombo a America (assim pensa Mannel Bento de Sousa) e para se justificar de como é caluniosa essa asserção, transcreve um dos períodos do livro: "A doença sendo contagiosa, passou para a Espanha com os primeiros espanhois que acompanhavam Colombo". Rodrigo Dias de la Isla, historiador da primeira epidemia de sífilis que foi descrita na Europa, (epidemia restrita a Barcelona, no ano de 1493 em que chegaram vindos da America os companheiros de Colombo, dedicou o seu livro com o rotulo de "*mal serpentino. — Tratado das bubas*, ao rei de Portugal D. João III), conta que a avarióse apareceu em Espanha em 1493 pela primeira vez. Falando da doença diz: "Era contagiosa e os soldados de Colombo contraíram-na; nunca haviam sentido nem visto dôres iguais; eles as atribuíam ás fadigas do mar, ás incomodidades da navegação ou a outras causas, cada um conforme a sua ideia".

Chegados a Barcelona, toda a cidade cêdo se encontrou infestada da sífilis. Era uma doença até então desconhecida e parecia tão terrivel que se recorria aos jejuns, ás esmólas e a outras práticas de devoção para se estar preservado dela". Conta ainda em traços gerais que os francezes se contagiaram quando em 1494. um numeroso exército comandado por Carlos VIII, entrou na Italia onde então havia já espanhois atingidos pela doença. Bem depressa as tropas apareceram infestadas e como se receiava que fossem efeitos do clima os francezes denominaram-no mal napolitano; os indios chamaram-lhe *guynaras, taybas e ycas.*

Montanos (de Verona) dá-lhe tambem uma origem exótica dizendo ser tão comum nas Novas Indias " como a sarna entre nós".

O célebre anatómico Fallopio diz tambem que a avarióse vem das Indias. São dele estas palavras "Colombo foi um génio raro, com tres caravelas descobriu as Indias Ocidentais e trouxe de lá: muito ouro, muitas pérolas e ao mesmo tempo a sífilis, pois não ha rosas sem espinhos" João Bernardo, A. Ferrari, A. Lecocq, Brassavole e outros, declaram que a sífilis era, de tempos imemoriais, endémica no Haiti e que daí veio para a Europa com os soldados de Colombo.

A importação da sífilis por Cristovão Colombo na sua primeira viagem é ainda sustentada por Madeira Arrais no meado do século XVII.

Começavamos a julgar ter enveredado pelo caminho mais curto que nos levaria á verdade! E o batel parecia querer singrar em águas calmas, de velas tufadas por vento favoravel que prometia levar-nos a porto de salvamento, porém, bem depressa surgem os escólhos, mas inevitaveis e contra os quais ameaça destruír-se a frágil nau que timoneiro inexperiente não soube guiar, não soube conduzir! Romperam-se as velas, amainou o vento, e sem rumo e sem norte, perdemos-nos na vastidão imensa do oceano.

Foi arriscada a empreza e até arrojada, mas tambem nunca tivemos a presunção ridícula de finalizar o pleito que vem de longe.

Apesar das afirmativas de Rodrigo de la Isla reforçadas pelas opiniões de uma pleiade de homens de valor, Manuel Bento de Souza, afirma que a sífilis não veiu da America, e que já grassava na Europa anteriormente á expedição de Colombo, alicerçando a sua opinião nas documentações de Pedro Pintor, Gaspar Torrela, Bátista Fulgosi, Luís Bathomano e Elias Canriole, que, segundo ele, dão notícias da sífilis na Europa entre os anos de 1490 a 1493.

Refere-se tambem á obra notavel do médico espanhol Vilalobos dizendo que a rasão desta peste é contrária á de Dias porque enquanto este diz que a doença começou quando os reis estavam em Barcelona, aquele outro diz que "explodira quando estavam em Madrid"!

Iamos a emitir a nossa opinião a favor da origem americana da sífilis porque julgavamos de muito pouco pêso as contras provas apresentadas, porém o sábio professor Maximiano de Lemos, experimentado na dura tarefa de fazer história, detem-nos, e com um carinho quasi paternal que nos sensibilisou em extremo, vai-nos mostrando no seu precioso livro sobre o médico português mais notavel do século XVIII — Ribeiro Sanches, provas, muitas provas, argumentos de valor que muito pesam a favor dos que dizem que a sífilis já grassava na Europa anteriormente á expedição de Cristovão Colombo. A pag. 212 do livro do ilustre professor, lêmos: "Baseando-se na vida do grande navegante, escrita por seu filho Fernando, afirma que o descobridor da America efectou quatro viagens. Na primeira saíu de Palos em 4 de Agosto de 1492 e regressou a 13 de Março de 1493. Partiu novamente em 25 de Setembro dêste ano e voltou a 8 de Junho de 1496.

. . . . . .

Na primeira viagem, Colombo saíu da ilha espanhola em 16 de Fevereiro de 1493, aportou aos Açores e depois a Lisboa, onde chegou a 4 de Março, demorando-se aí nove dias, passados os quais se fez de véla a 13 do mesmo mês para fundear em Sevilha a 15.

De Sevilha foi a Barcelona, onde estavam os reis católicos, e aí chegou no meado de Abril de 1493. Se na tripulação de Colombo viesse a sífilis, Fernando Co-

lombo não deixaria de mencionar o facto. Se em Lisboa se observasse o facto, não o omitiria Rezende, como o não fariam, em relação a Barcelona, Hernando del Pulgar e Gonçalo Hernandez de Oviedo, que estavam nesta cidade quando Colombo lá chegou",

Mas além dêste documento, muitos são indicados por esse insígne médico chegando por fim a concluír:

1.° Que a doença venérea foi conhecida em França e mais ainda na Italia antes da chegada de Colombo á Espanha da sua segunda viagem da America.

2.° O exército espanhol comandado por Gonçalo Cordova não comunicou esta doenca ao exército francez por quanto os dois exércitos nunca se acharam em presença, além disto, o mal venéreo era conhecido em Italia antes do exército espanhol ter chegado a Messina.

Falaremos agora, ainda que sucintamente, da epidemia sífilítica do século XV. Em 1498, Vilalobos escreve sobre as *bubas* um tratado que o Dr. Montejo classifica "de um verdadeiro tesouro de observação e de conscienciosa exactidão".

Trinta e dois anos depois, a maior autoridade médica dêsse tempo, Fracastor, escreve o seu imortal poema dando-nos uma descrição minuciosa e magistral da sífilis. A erudição dos quatro séculos que se lhe seguiram pouco adiantou á sintomatología exposta com correção e precisão. Apresenta o mal em todas as suas modalidades e esmiúça os caractéres das suas lesões de

fórma a mal contermos o desejo de transcrevermos para aqui tão notavel documento médico. Fracastor admitia as transformações sucessivas da sífilis, tomando por sintômas nóvos os acidentes tardíos, e a prova está em que diz a certa altura: « depois de 20 anos menos pústulas e mais tumôres gomósos ». Depois de Fracastor, apareceram muitas observações particulares atribuídas a Torrela, médico de César Borgia e Alexandre VI, as quais se assemelham muito ás dos nossos dias.

Amato Lusitano, deixou-nos duas observações muito interessantes. Não resistimos á tentação de registar uma dessas observações relativa a uma epidemia local filiada num caso de sífilis hereditária. Uma senhora déra á luz uma criança sífilítica tendo, contudo tido até então, muita saude e dois filhos robustos e saudaveis. Antes de parir o último tivéra cancros nos lábios perto das narinas. Depois do parto a sua saude alterou-se, apareceram-lhe pústulas no seio, tendo de parar com o aleitamento, e confiando o filho a uma ama a qual apresentava sinais de sífilis transmitida pela criança. Teve depois relações com o marido e comunicou-lhe esta doença. Mais duas crianças visinhas a quem déra de mamar infétaram-se e infétaram as mães. Em resumo: no espaço de um mês, nove indivíduos contraíram sucessivamente a sífilis ». Não seria humanitário tornar público semelhante observação para que as mães não confiassem os seus filhos estremecidos á primeira ama

que lhes apareça e em cujo corpo póde estar acantonado o parasíta causador dêste terrivel mórbus?

Mas, lá nos íamos desviando do assunto principal... A novidade da afecção no século XV prendeu a atenção de todos os médicos que não a confundiram com os males venéreos locais. Todos então falaram da epidemia: médicos, historiadores e poetas. Cada país porém dava-lhe um nome: mal francez (dos italianos), mal napolitano (dos francezes), sarna espanhola, mal português, etc. o que nos deixa concluír que os diversos póvos declinavam e atribuíam uns aos outros a paternidade comprometedora. Velhos auctores chamam-lhe: mal venéreo, verola, mal de S. Job, nentulagra, pudendagra, bubas, etc. Mas no século XVI surge uma palavra que serve para designar o mal, sífilis. Sugére essa ideia o poema de Fracastor. Eis a lenda posta em verso pelo médico de Verona. «O pastor Syphilus, guardador de rebanhos do rei Alcithons, acusa um dia Apólo de queimar as árvores e secar as fontes pelo que o seu rebanho morre por falta de água, e de sombra, jurando-lhe que desde então tudo sacrificará pelo seu rei e nada mais ao sol. Apólo, furioso, desencadeia sobre o país uma doença vergonhosa que ataca primeiro a Syphilus espalhando-se de seguida sem poupar mesmo o rei.

Como a primeira vítima deste mal, que primeiro conheceu as noites de insónia, as caímbras nos membros e teve úlceras pelo corpo, fôra Syphilus, passou a doença a chamar-se **Sifilis**».

## Causas da sífilis

Do que lemos sobre o assunto ficou-nos no espírito a convicção firme de que no século XV cada um fantasiava a seu modo para explicar a causa do mórbus e para justificar esta minha asserção, que poderia sêr alcunhada de arrojada e até inverosimil, apontaremos algumas das muitas causas apresentadas como geradôras, determinantes, da sífilis.

De princípio, vários sífilígrafos, e entre eles Sebastião Aquilano, supõem a avarióse uma mutação, uma verdadeira metamorfose da lépra ou devida á combinação desta com outra afecção contagiósa, e em face de tal opinião apareceu logo Manard na Espanha que afirma ter-se declarado a sífilis numa prostituta de Valença que tivera relações sexuais com um leprôso. História identica nos conta Mathiolde; apenas ha mudança de localidade: para este autor, o facto ter-se-ía passado na Italia.

Por vezes, até, a vaidade de trazer á luz da publicidade afirmações inéditas, leva os indivíduos á exposição de ideias ridículas e mesmo irrisórias como, por exemplo, a opinião de Van Helmont que faz nascer a sífilis, durante o cêrco de Napoles, do comércio dum homem com uma burra atingida de sarna! Véem de-

pois as conjunções astrais como causas da sífilis e, entre os médicos que atribuíram aos astros influência sobre a sua produção, alguns houve que chegaram a marcar-lhe uma data que coíncidisse com uma conjunção reputada maléfica. A essas datas, a que Gruner chama conjecturais, falta-lhe, todo o valôr histórico e por isso não nos referirmos a elas senão a título de curiosidade. Wendelin Hock reconhece que a aparição da sífilis teve logar em 1494, mas o mal teria realmente começado em 1483, segundo êle, porque nesse ano e no mês de outubro, quatro planetas: Jupiter, Marte, Sol e Mercúrio, se haviam encontrado no signo da Balança.

Esta é uma amostra das dezenas de datas conjecturais que apontam os cartapaços. Algumas datas que recordam qualquer intempérie memoravel, são indicadas como datas conjecturais. Paracelse faz nascer a sífilis durante o cêrco de Napoles e indica como data conjectural 1480 (influência de Venus). Cesalfim atribuía a sífilis ao vinho infetado com o sangue dos doentes do hospital de S. Lázaro (Somme).

Vê-se portanto que os contemporáneos da primeira aparição da sífilis na Europa a consideravam como o producto duma geração espontánea opinião de que apenas discordavam alguns médicos de então que a faziam derivar duma doença antiga. Porém, quando de seguida ao seu aparecimento, se alargou, se propagou,

a todo o mundo mas não sendo transmitida "senão pelas relações sexuais e os outros contactos: diretos ou indiretos, necessários á propagação dum virus fixo" aluíram poderosamente os alicerces sobre que assentava sobranceira e altiva a teoria da sua geração espontánea.

"O *quid* que determina á propagação do mal difunde-se tanto por toda a parte, corre tanto no ar, que um são corre o risco de se contaminar, porque entra na casa dum sífilítico, porque respira o ar que êle respirou; multiplicam-se os casos de ministros do Senhor infétados pelos pecadôres atravez das grades dos confessanários". Porém, não agradam aos sabios as trévas. Procuram com persistência e sem esmorecimento e assim acontecêra com gerações e gerações de homens de ciência que procuraram por todos os meios identificar o germen, causa determinante de tão terrivel, mal! Mas, não foram infrutiferas tantas lucubrações. Indicações novas e inéditas amontoavam-se dia a dia, contribuíndo para um fim único: descobrir a verdade. Eis o sol acariciador a que deseja aquecer-se toda a pleiade de homens ilustres que, num gesto nobre de altruismo e filantropia, prostestaram gastar a vida, a bem da humanidade. Muitas vezes se julgou ter descoberto o agente causal da sífilis, porém, bem depressa e com mágua se desfaziam essas ilusões. Mas em princípios do ano de 1905, Siegel, zoólogo alemão, descrevia no

sangue e nas exsudações dos sífilíticos um protozoário minusculo ao qual atribuía a produção da sífilis.

Embora a descrição e os fotogramas de Siegel não deixassem nenhuma dúvida sobre o pouco fundamento da opinião que queria vêr em *Cytorrhyctes luis* o agente causador da sífilis foi encarregado Schaudinn de fazer esta verificação. No primeiro exemplo de acidente primário de que ele examinou a líquido com a mistura de azul e eosina, despertou-lhe a atenção a presença de espírilos bastante numerosos, fracamente córados e de aspecto particular. Compreendendo o interesse desta descoberta, fez estudos muito seguidos, auxiliado na parte, médica por Hoffmann. Ora, já em 1837, Donné, constatou a presença de espírilos nas lesões dos orgãos genitais e mesmo sobre as mucósas normais destes orgãos, o mesmo acontecendo a Tavel, Berdal e outros, mas esses espírilos não podiam nem deviam ser considerados como a verdadeira causa da sífilis porque diz Rona de Budapest que se encontra o mesmo espírilo nas lesões não sífilíticas e até no smegma dos dois sexos. Não seriam esses mesmos espírilos os descobertos por Schaudinn? Os seus profundos conhecimentos sobre espírilos sugeriram-lhe a ideia de que nas mucósas dos orgãos genitais se encontram duas espécies que agrupa no género Spirochaeta: uma designada com o nome de Sp. refrigens (banal) e uma outra não se observando senão na

sífilis, chamado Sp. pálida sendo caraterisada a primeira pelas suas dimensões relativamente grandes, pela fórma das espíras que assemelha a das ondas e pela facilidade com que se córa pelos corantes ordinários enquanto que o segundo distingue-se pela sua pequenês, pela fórma em saca-rôlhas, pela dificuldade em se córar, tendo de recorrermos a corantes especiais como a solução de azul *de azur*, de eosina de Giensa.

Em 23 de Abril de 1905, Schaudinn e Hoffmann, anunciavam, numa publicação, a descoberta, em certas produções sífilíticas, dum microorganismo que então chamavam *Spirochaeta pálida*, 3 anos antes porém Bordet e Gengou, encontraram num cancro um grande número de espírilos muito delgados, em fórma de saca-rôlhas e dificilmente córados, mas muito provavelmente como não encontrassem êste micróbio noutros acidentes não proseguiram nas suas investigações.

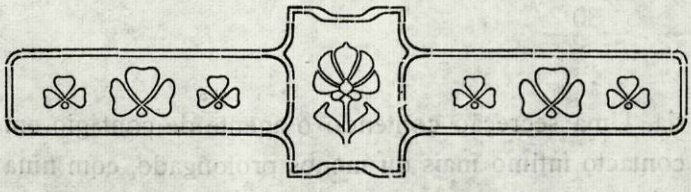
A confirmação da nova descoberta foi feita pelas investigações a que procederam então: Metchnikoff e Roux, Buschke, Piclicke, Wechselmann e Lœwenthal, Reckzeh sendo lançada a única nota discordante por Thesing que dizia poderem ser os spirochaetas observados provenientes do córante onde tem um meio favoravel á sua existência. A questão acalorou-se e Von Bergmann pôz termo á questão dizendo com um certo cépticismo: «Sobre isto, a discussão fechou-se, até que

um outro agente causal da sífilis venha de novo reclamar a nossa atenção».

Hoje todos estão de acôrdo sobre o valôr etiolopio do treponema cuja morfología e biología nos abstemos de apontar.

# Sífilis dos orgãos genitais externos

## 2.ª PARTE



## Acidentes primários

**Definição.** — A sífilis é uma doença específica de carácter infecioso, exclusivamente propria á espécie humana; importada no organismo por contágio ou hereditariedade; crónica de evolução e indefinida como duração; essencialmente intermitente como manifestação; e constituída por inúmera série de sintômas ou lesões que pódem, sob fórmas muito diversas e muito variáveis como gravidade, interessar todos os sistêmas da economia (Fournier); tendo como causa eficiente um parasíta: o *treponéma de Shaudin.*

Transmite-se por contágio e por hereditariedade e assim classificámos a sífilis de adquirida ou hereditá-

ria. Uma secreção contendo o agente de contágio em contacto íntimo mais ou menos prolongado, com uma solução de continuídade dos tegumentos do indíviduo faz com que o treponéma penétre nos tegumentos iniciando-se, de seguida, nesse nível a sífilis por o chamado *cancro duro*, lesão que, na sífilis adquirida, só falta quando a infecção se fez por via hemática.

Fala-se na sífilis adquirida sem cancro (sífilis decapitada de Fournier) mas o cancro lá existe ainda que mínimo e atípico mas tendo passado despercebido por deficiência de observação.

Cancro sifílico. — «A sífilis não penétra nunca na economia sem efracção; não invade nunca o organismo sem fazer um buraco em qualquer parte; tem sempre uma porta de entrada. Este buraco, esta porta de entrada, é o acidente do contágio, o *cancro*, que preludía a todas as outras manifestações e serve como que de exórdio indispensavel á doença» (Ricord).

Todos os que se téem ocupado do estudo da sífilis confirmam categoricamente estas asserções, corroboração que dispensariamos por certo, conhecendo-se o valor científico e a autoridade dêsse mestre. Mas uma vez penetrando nos tegumentos o treponéma, sigámos meticulosamente a seriação dos fenómenos que determina, pois é devéras interessante.

Imediatamente depois da contaminação, se nesse nível existe escoriação visivel a olho nu, vemos curar

essa lesão por completo. O parasíta parece ter entrado numa narcóse de que desperta decorridas tres ou quatro semanas; a elaboração misteriósa produzida não se denuncía por qualquer fenómeno mórbido. É um silencio patológico que segundo Fournier tem a duração aproximada de 25 dias. Decorrido esse tempo, no mesmo logar onde se fez o contágio, fórma-se uma papula de superfície avermelhada cujo vértice não tarda a erosar-se fornecendo essa erosão um ligeiro exsudato. A lesão vai aumentando sempre em superfície e, algumas vezes, em profundidade de modo que a erosão passou a ulceração larga e circular do tamanho de um botão de camisa que vai aumentando sempre excentricamente assentando sobre tecidos duros e que se apresentam com notavel ipostesía. Ha supuração, mas reduzida e por vezes recóbre a ulceração uma crôsta espessa e escura.

Chegando a ter o desenvolvimento apontado, a lesão fica estacionária durante uma, duas ou tres semanas, constituíndo portanto o cancro a única expressão da doença.

Segue-se a fase de reparação, caracterisada pela tendência da ferida á cicatrisação que se estabelece rapidamente não ficando como vestigio mais que uma placa cicatricial de côr vermelho-acastanhado que como estigma do mórbus maldito, perdurará em toda a vida.

Se procedessemos a uma disseção cuidadosa do

cancro, constatáva-se, por baixo da erosão, um nódulo de tecido mórbido constituído pela infiltração de elementos novos no seio dos elementos fundamentais da derne; resumindo: um verdadeiro neoplasma chamado ainda sífilôma primário, que se apresenta umas vezes em fórma de laméla; outras vezes mais espesso, globulôso constituíndo a fórma nodular. O exame microscópico mostra-o sempre constituído essencialmente por numerosas fibrilas de tecido conjunctivo formando retículo em cujas malhas se acantonam elementos celulares supra-abundantes arredondados ou deformados pela pressão reciproca e que téem origens diversas: leucocitos, elementos embrionários derivados das células fixas do tecido conjunctivo mais ou menos modificado, células epitélioides etc., e que juntas á rêde fibrilar dão á lesão a sua nota dominante: o endurecimento da base.

Convém acentuar que a erosão que se sobrepõe ao neoplasma e que segundo Cornil e Leloir, se produz por infiltração purulenta das camadas superficiais e intermediárias da epidérme com alterações cavitárias das células epidérmicas, começa quasi sempre pelo centro da lesão, estendendo-se até recobrir quasi todo o aro da producção neoplásica; e as mais das vezes a sua circunferência é limitada por um bordalete ligeiramente saliente.

Esta primeira manifestação da infecção sífilítica é

grande número de vezes solitária aparecendo contudo doentes com vários cancros duros: dois, três ou mais, constituíndo o *cancro discretamente múltiplo* de Fournier.

Objectivamente o cancro apresenta-se sob a fórma duma erosão plana e muitas vezes escavada em *godet*, nitidamente limitada pelos tecidos visinhos, com contôrno circular ou ovalar, com um bordalete á volta apresentando uma consistência dura por infiltração específica dos tecidos neste nível, fundo liso, regular, igual e unido, donde sái serosidade turva mas em pequena quantidade; côr acizentada ou vermelho de carne muscular, coberta por vezes por uma crôsta espessa, acastanhada ou negra, outras vezes por uma falsa membrana difteroide espessa; base endurecida, com a consistência de cartilagem e nitidamente limitada, circunscrita exactamente á base do cancro ou passando-o apenas um ou dois milímetros.

O cancro é desprovido de todo o caracter inflamatório; é particularmente notavel pela ausencia de dôr espontánea e á pressão, mas acontece porém que ou por pouca higiéne, ou por pensos intempestivos ou quando ele aparece em certas regiões (cancro do dedo, da uretra, da amígdala, etc.,) póde excepcionalmente tornar-se dolorôso.

O cancro sífilítico em regra não deixa cicatriz e a explicação encontra-se no facto de as suas lesões não

chegarem á derme. Especialmente os cancros do fôrro do pénis, deixam uma mácula acastanhada ocupando umas vezes a superfície da erosão, outras sómente a periferia, constituíndo uma espécie de anel bronzeado.

Depois de cicatrisado o cancro, as mais das vezes o endurecimento persiste ainda muito tempo, e Fournier aponta casos em que "o endurecimento continuou a crescer como volume e a acentuar-se como resistência depois da cicatrisação do cancro."

Mas, a fórma do cancro sífilítico como nós acabamos de a apresentar, é suscétivel de variações numerósas. Não me alongarei em considerações descabídas neste logar, e direi apenas que os cancros tomam aspectos diversos confórme as regiões que ocupam.

Estes caractéres apontados são os que observamos nos cancros genitais e são esses que nos preocupam neste momento e de que apresentamos algumas variedades, depois das últimas indicações indispensáveis para completar o estudo dos cancros. O cancro póde ser muito extenso (cancro gigante) ou pelo contrário muito pequeno (cancro anão); não consistir senão numa fissura (cancro fissurário); cancro hipertrófico, quando levantado, saliente sobre os tecidos; cancro erosivo, quando desprovido de base endurecida; ulcerôso e terebrante; ou ainda fagedénico quando se estende em superfície e em profundidade por uma espécie de fusão molecular (Fournier).

Ainda falando destes últimos, diremos que o fagadenismo é de curta duração (por vezes durando apenas algumas semanas) e não está sujeito ás recidívas intermináveis que se observam nas sifílides terciárias fagedénicas. Em muitos casos vêem-se consideráveis descalabros, outras vezes os fagedenismos de aspecto ameaçador reduzem-se a pouco e até a cicatrizes insignificantes porque o cancro, devorando o seu proprio endurecimento, limita a êste a sua cólera.

Um sintôma anéxo, obrigatório, constante, é o bubão satélite que surge com a aparição do cancro chegando Ricord a estabelecer a lei patológica de que «não ha cancro infetante sem bubão» e a servir-se da expressão pitoresca mas rigorosamente verdadeira na sua essência, de que o bubão segue o cancro como a sombra segue o corpo... Ora este bubão sintomático pertence ao grupo ganglionar de que são tributários os linfáticos da região infétada e daí os cancros genitais, perigenitais e anais, terem o seu bubão na cadeia inguinal.

Uma semana depois da aparição do cancro, a sua reacção sobre o sistema linfático traduz-se por uma adenopatía poliganglionar, (pleiade de Ricord) aflegmásica, de ganglios duros, móveis, indolôres, de desigual volume não ultrapassando em geral o tamanho duma meia noz, e apresentando-se um maior que todos os outros a que Ricord chamou o «*pilôto da virilha*» e Fournier a «*estrela de primeira grandeza,*» naquela

nebulóse. Geralmente o bubão inícial evoluciona tórpidamente, arrastando-se com preguiça a ponto de, por vezes, sobreviver ao cancro, ficando assim como testemunha póstuma a recordar ao nosso espírito o mórbus causador da sua aparição. Este bubão primário nunca supúra, e na opinião de Fournier, é o melhor sinal do cancro e vale mais que o proprio cancro. O cancro e o seu fiel companheiro o bubão, são os acidentes do período primário da sífilis e representam o esfôrço do organismo para localisar a infecção (Gougerot). Abstemo-nos de apresentar algumas anomalias ou complicações, que modificam a fisionomia do bubão primitivo.

Algumas vezes ainda acontece estabelecer-se um traço de união entre o cancro e o seu bubão satélite por um cordão de linfagite, que se traduz clínicamente por um cordão delgado e alongado, cilíndrico com enchimentos espaçados, duro, indolôr e móvel mas "não ha nenhuma paridade de frequencia e sobretudo de importância clínica a estabelecer entre a linfangite, acidente eventual do cancro, e a adenopatía satélite que é um sintôma constante manifestação obrigada da infeção primitiva".

Em 90 a 93 p. 100 dos casos, o contágio resulta das relações sexuais, sendo o coito normal o acto que determina mais contágios e daí a maior frequencia dos cancros dos orgãos genitais. São porém múltiplos os

modos de contágio e por essa razão a primeira manifestação da sífilis póde aparecer invariavelmente em qualquer ponto do revestimento cutánio-mucôso, agrupando-se os cancros, segundo a sua localisação, em: genitais e extra-genitais.

Os cancros genitais do homem, podem ocupar: a superfície da glande, o sulco bálano-prepucial, o limbo do prepúcio, a sua face interna, o freio, o meato, a uretra, o fôrro do pénis, as bôlsas e a região púbica.

Segundo a sua localisação, apresentam ligeiras modificações nos caractéres, apontados anteriormente referindo-nos ao cancro tipo, experimental. O da glande é habitualmente de pequenas dimensões, erosivo e tem um endurecimento pouco acentuado; Mauriac encontrou com essa localisação, cancros anões múltiplos semelhando uma erupção herpetifórme.

Os do sulco são notáveis pelo seu volume, consistência e endurecimento e, por vezes, este último não se limita á base da erosão, mas estende-se ao longo da ranhura ficando engastada a glande num anel condroide, e outras vezes até se estende ao prepúcio tornando-lhe a base rígida.

Os cancros do limbo do prepúcio, relativamente frequentes, apresentam-se as mais dás vezes com a fórma fissuraria, com endurecimento nodular e determinando a fimósis por rigidez do orifício prepucial; o da face interna do prepúcio corresponde ao tipo usual:

grande cancro, vermelho ou coberto com falsa membrana, ligeiramente saliente, endurecimento lamelar.

O do meato, se está localisado ao nível da comissura posterior, toma a fórma duma erosão em crescente de concavidade olhando o orifício uretral; quando instalado sobre as paredes laterais, apresenta-se sob a fórma de erosão brilhante com endurecimento limitado.

O cancro da uretra, com séde habitual na fosseta navicular, apresenta-se sob a fórma erosiva com pseudo-membrana difteroide aparecendo como sinal subjetivo uma dôr ligeira ao nível do cancro durante a micção.

Os cancros do fôrro são bastante extensos, ovoides ou arredondados, ulcerados em regra, cobertos de crôsta espessa e acastanhada; os do escrôto tomam habitualmente a fórma papulósa e recobrem-se de crôstas e os da região púbica são caracterisados especialmente pela grande profundidade da ulceração, coberta por espessa crôsta e ainda pela abundante supuração.

Dos muitos casos observados na enfermaria da 2.ª Clínica Cirúrgica, respigaremos, para documentação, três dos mais interessantes.

Observação I—F. M. S., 34 anos, encadernador, natural do Pôrto.

*Estado actual.*—Este doente que se queixa apenas de lesões penianas, apresenta além do edema do pre-

púcio, pelo que á ameaça de fimósis, a uma ulceração larga, circular, tendo por centro o meato urinário, de fundo liso e róseo, donde córre um pouco de serosidade leitósa, constatando-se á palpação a hipostesía dos tecidos sobre que assentava a lesão e um pouco de endurecimento. Cadeia ganglionar inguinal dupla.

*Sintômas subjectivos.* — Ereções dolorósas, dôres sob a fórma de fisgádas (sic) junto do meato e ardência ao contacto da urina com a erosão. Proseguindo no nosso exame, notamos um aumento de volume da metade esquerda do saco testicular, apresentando-se fórtemente veinulado o escrôto. Palpação: fluctuação nitida, testículo esquerdo aumentado um pouco de volume, duro, pouco dolorôso e colocado na parte mais posterior e inferior do saco. Impossibilidade de identificar o epididimo.

Prova da transparência positiva; á punção saíu líquido citrino e transparente. Pápulas e roséolas pequenas, arredondadas e de côr vermelho-vinósa disseminadas por todo o corpo mas predominando na face e abdómen; dôres de cabeça mais exacerbadas ao entardecer e durante a noite; queda de cabelo.

Ruidos cardíacos um pouco vibrantes. Restantes aparelhos da economia sem alterações sensiveis.

*História da doença.* — Em Julho de 1919, coito suspeito tendo notado depois o aparecimento duma pequena incisão no dôrso da glande que cicatrisou pas-

sados três dias. Quinze dias depois do coito, ao nível da incisão de que já falámos, notou a existência duma pequena pápula que descamou, ulcerando em seguida para depois se alargar em superfície até circundar o meato. Esta lesão evolucionou sem dôres e supurava muito pouco. Ao fim de oito dias vieram-lhe dôres de cabeça que aumentavam de intensidade á noite, queda de cabelo e apareceram-lhe inguas (sic) nas virilhas, mas que não vieram com dôres, e eram muito duras.

Em Agosto exacerbaram-se as dôres e começaram a aparecer-lhe as manchas.

*Antecedentes pessoais.* — Uretrite gonococica ha 8 anos. Ha 10 anos pancada no testículo esquerdo pelo que teve dôres muito violentas e tumefacção da metade correspondente das bôlsas.

*Antecedentes hereditários.* — Mãi falecida de 44 anos com tuberculose pulmonar, pai aos 58 com uma meningite. Teve dezaseis irmãos dos quais só vivem dois. Três dos que faleceram foram vítimados pela tuberculose. Ignora de que doença morreram os outros onze. Os dois que vivem são saudaveis.

*Diagnóstico.* — Os caractéres morfológicos da lesão da glande e os anamnésticos levam-nos a diagnosticar um *cancro duro da glande*, especificidade que nos é confirmada pelo resultado positivo da R. W.

Apresenta tambem sintômas de *hidrocélo* da vaginal, lado esquerdo, de origem traumática.

*Tratamento local.* — Pensos húmidos com soluto antisético de boráto de soda.

*Geral.* — Injecções intra-musculáres de benzoáto de mercúrio doseadas a dois centigramas por c. c.

Cinco injecções de Novarsenobenzol desde quinze centig. até setenta e cinco centig. Iodeto de potássio em dóses crescentes até tomar cinco gramas por dia descendo depois.

Como o hidrocélo era pequeno fez-se-lhe apenas uma punção evacuadôra.

*Evolução e marcha.* — Ao fim das 10 primeiras injecções de benzoáto, o doente começou a queixar-se de dôres renais e o debíto hidrúrico passou a ser reduzido.

Procedeu-se então á análise das urinas que nos revelou a presença da albumina (meia grama).

Imediatamente ficou o doente em diéta exclusivamente láctea e suspendeu-se todo o tratamento geral; vinte dias depois a albumina já não aparecia nas urinas pelo que se recomeçou o tratamento inicialmente instituído. Ao fim de vinte injecções começou a série de Novarsenobenzol. Nos intervalos tomava o iodeto.

O doente deixou a enfermaria passados dois mêses e meio, com o cancro completamente curado e apenas com leves vestigios das sifílides na face e dôrso das mãos.

**Observação II.**—J. A., solteiro, 22 anos, militar, natural de Lamego.

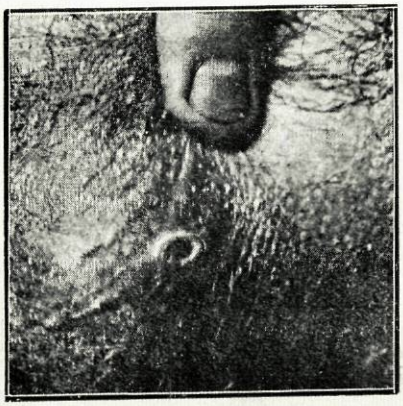
*Estado actual. Sintômas gerais.*—Emaciação notavel, astenía, queda de cabelo, dôres pelos ossos, pápulas hipertróficas algumas ulceradas e com crôstas espessas, disseminadas por todo o corpo aparecendo-lhe em maior quantidade: na face, ante-braço, dôrso das mãos, côxas, pernas e pés, havendo tambem algumas no escrôto e no dôrso do pénis. (Fig. I).

*Exame local.*—Prepúcio de côr violácea, tumefacto, endurecido, com o orifício muito reduzido não permitindo vêr a glande, e pelo qual córre pús amarelo esverdeado em abundancia.

Hiperestesía do prepúcio nomeadamente de metade direita que se apresenta dura; supuração aumentada pela expressão da uretra; adenopatía políganglionar inguinal e crural mais acentuada do lado direito, com ganglios duros, indolôres, móveis e de grande volume, chegando a notarem-se pela inspecção, havendo tambem adenopatía submaxilar, cervical, etc.

*Aparelho urinário.*—Ligeira polakiúria; urinas turvas no princípio da micção e depois claras. Ardência na úretra á passagem da urina principalmente ao nível da fosseta navicular. Esfôrço para urinar.

*Aparelho respiratório.*—Sarrídos de bronquite disseminados pelos dois pulmões; expectoração espessa, abundante e viscósa.



(Fig. I)

*História da doença.*—Blenorragía em Agosto de 1919. Lavagens uretrais com soluto antisético (soluto de protargol) tendo sempre o cuidado de fazer á glande uma carapuça com algodão hidrófilo depois das lavagens.

Ao fim de quinze dias, quando tirava o algodão para poder urinar, como êste estivesse aderente á mucósa do prepúcio, fez uma pequena erosão perto do seu bórdo livre, continuando no entanto a ter relações com várias mulheres e não tardou que a erosão se tornasse ulceração ovalar pouco dolorósa á palpação, com base dura, constatando simultáneamente a aparição, na virilha direita, dum bubão, volumôso como um ôvo de pomba, mas duro e indolôr. Em fins de Agosto, depois duma noite de excessos genitais, agravaram-se todos os sintômas e o prepúcio edemaciou-se fazendo-se a fimósis.

Agora a urina distendia o prepúcio e punha-se em cantacto com a ulceração provocando ardência e depois dôres.

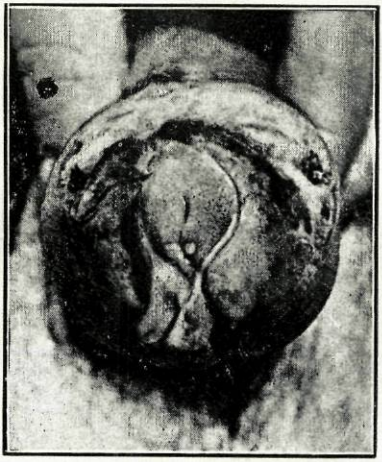
Em 6 de Setembro apareceram-lhe máculas, pequenas, arredondadas e de côr acastanhada, primeiro nos pés mas em breve se disseminaram a todo o corpo á mistura com pápulas hipertróficas das quais muitas ulceraram, principalmente as da face interna das côxas e escrôto. Por ocasião dessa erupção vieram juntar-se na virilha, ao bubão primitivo, vários ganglios embora

mais pequenos, mas tambem aflegmásicos, aparecendo simultáneamente tumefactos os crurais e inguinais esquerdos.

Em 14 de Setembro deu pela existência de feridas na cabeça que o impossibilitavam de se pentear começando então a queixar-se de dôres de garganta.

Desde o início da doença que as fôrças lhe começaram a faltar e a sentir-se emagrecer progressivamente. Vimos o doente pela primeira vez em 16 de Setembro tendo-lhe mandado fazer desde logo lavagem da cavidade bálano-prepucial com soluto de permanganato, pensos húmidos sobre o pénis com água vegeto-mineral (água saturnina) e tratamento mercurial. A supuração e o edema aumentavam a despeito das lavagens preconisadas e dos pensos húmidos que se aplicaram e por isso, e tambem por estarmos impossibilitados de fazer as lavagens uretrais que julgávamos úteis, incisámos o prepúcio, em toda a sua altura, ao nível do dôrso da glande, depois da anastesía troncular com soluto de estovaína e adrenalina, conseguindo-se logo de seguida vêr a parte mais afilada da glande que se apresentava tumefacta e com erosões várias donde exsudava uma secreção muco-purulenta muito fétida.

Ainda durante alguns dias depois dessa operação, por causa das dôres violentas que acusava o doente á mais ligeira palpação, não nos foi possivel observar a lesão com séde na face mucósa do prepúcio mas pas-



(Fig. II)

sados dez dias conseguimos vêr então uma ulceração regular, saliente, de contôrno ovalar medindo do grande eixo cêrca de centimetro e meio, fundo em *godet*, liso, de côr vermelho-escuro e donde exsudava líquido serôso de côr amarelada. (Fig. II)

Essa ulceração tinha por base tecidos endurecidos fortemente, passando esse endurecimento um pouco os limites da ulceração.

*História do doente.*—Bronquite aguda em Março de 1918 e ferimento extenso na face palmar da mão direita produzido por um *very-light*.

Nada mais ha a registrar no seu passado mórbido.

*Antecedentes hereditários.*—Pai falecido aos 42 anos. Vítimou-o uma pleurisía purulenta que terminou por uma vómica. Mãi falecida de 45 anos com hemorragía cerebral de repetição. Teve dez irmãos dos quais são vivos apenas cinco. Um dos que morreu foi vítima do reumatismo. Ignora a doença que vítimou os outros quatro. Dos irmãos que lhe restam, o mais velho é doente sofrendo de uma enterocolite crónica e espasmódica, sendo todos os outros saudaveis.

*Diagnóstico.*—A lesão localisada ao prepúcio apresenta os caractéres dum *cancro duro* mas é para estranhar que, em vez da hipostesía habitual, haja dôres muito intensas á palpação, sintôma que não é suficiente para nos fazer desistir de diagnosticarmos o acidente primário da sífilis, pois que, excepcionalmente,

póde tornar-se dolorôso, quando irritado por pensos intempestivos ou pela falta de higiéne (Berdal), e nós sabemos já que êste doente, durante um longo mês, limitou-se a fazer a ele proprio, lavagens insuficientes da glande com soluto fraco de permanganato de potássa. O cancro, lesão aflegmásica, infectante, causou depois a inflamação da mucósa da glande e do prepúcio (bálano-postíte) com fimósis.

Por último, como houvesse necessidade de precisar se o pús era resultado da afecção uretral ou bálano-prepucial, lavou-se muito cuidadosamente toda a cavidade bálano-prepucial e fez-se em seguida uma expressão da uretra detraz para diante aparecendo ao nível do orifício prepucial pús espesso e de côr esverdeada donde concluir-se que a uretra estava infectada. O primeiro jacto da urina vinha turva, o doente queixava-se de ardência ao nível do meato durante a micção.

Todos os sintômas se conjugam para chegarmos racionalmente ao diagnóstico de uretrite blenorrágica a acrescentar ao cancro e á bálano-postíte.

*Tratamento.*—Seis injecções endo-venósas de cianêto de mercúrio doseadas a 1 centig. por c. c.

Cinco injecções de Novarsenobenzol respectivamente de 30, 45, 60, 75 e 90 centig. e dez injecções intra-musculares de benzoáto de mercúrio doseadas a dois centig. por c. c.

*Tratamento local.*—Imersão do pénis em água bó-

rica á temperatura de trinta e cinco graus duas vezes ao dia.

*Evolução e marcha.*—Com o tratamento instituído, as melhoras foram-se acentuando progressivamente e com grande rapidez e o doente ao fim de mês e meio estava completamente curado do cancro, as manifestações secundárias desapareceram e o estado geral modificou-se de modo a permitir que voltasse ás suas ocupações habituais.

**Observação III**—C. J. S., 18 anos, solteiro, ferroviário, natural de Gaia.

*Estado actual.*—A meio da virilha direita, êste doente apresenta uma solução de continuídade, com fórma aproximada dum coração, mas muito alongado, correspondendo o seu eixo maior, que media cêrca de 6 centimetros, á préga da virilha. Bórdos da úlcera, violáceos, salientes, talhados a pique e o pavimento era anfractuôso, aninhando-se naquelas pequenas cavidades grumos de pús amarélo-escuro. Nos dois terços externos a profundidade dessa lesão era apenas de um a três milímetros, porém no terço interno acentuava-se muito mais chegando a medir cinco milímetros.

Ainda á simples inspecção notava-se uma pequena ulceração no dôrso do pénis a quatro cent. do bórdo livre do prepúcio; edema notavel do pénis muito mais acentuado no prepúcio, fimósis; pelo reduzido orifício,

circunscrito pelo bórdo livre do prepúcio, corre pús espesso e amarelo sanguíneo.

Á palpação constatava-se uma ausência absoluta de dôr do pénis, notando-se porém um endurecimento grande da glande ao nível do freio e da parte do prepúcio correspondente. Adenopatía inguinal esquerda muito acentuada, salientando-se a estrela de primeira grandeza ou bubão satélite de que nos fala Ricord.

Com o estilête verificou-se que havia aderência fórte da mucósa do prepúcio á glande. Restantes aparelhos de economia sem lesões apreciáveis.

*História da doença.* — Este doente partiu para Londres em Abril de 1918 e no mês seguinte apareceu-lhe no sulco bálano-prepucial e junto do freio, uma vegetação indolôr do tamanho dum grão de milho.

Em Junho picou-a com um alfinete, e a lesão irritou-se mas quinze dias depois essa vegetação estava mais reduzida de volume.

Em Agosto, já em Portugal, logo a seguir a um coito, viu na glande, junto do freio, uma erosão a que não ligou importância e que foi aumentando fazendo-se uma pequena úlcera. Ao fim de oito dias esboçava-se um edema do prepúcio, e da úlcera começava a exsudar um líquido sero-purulento em pequena quantidade. Assustado com a marcha da lesão, iniciou um tratamento que consistia apenas em lavagens com água bórica. Todos os sintômas se foram agravando e ao fim de 15

dias de doença a fimósis estabeleceu-se. Passou a urinar com dificuldade, sentindo grande ardência na ferida pelo contacto da urina. A supuração agora era abundante.

Três mêses antes do início dessa lesão na glande, apareceu-lhe uma adenite na virilha direita que teve uma evolução tórpida, abrindo espontaneamente ao fim de dois mêses e meio, porém, a ulceração que ficára de seguida, agravára-se depois do aparecimento da ulceração na glande.

*Diagnóstico.* — A existência duma pequena ulceração de base endurecida sobre o freio dando uma pequena exsudação, a ausência de dôr á palpação e a pleiade ganglionar inguinal com o bubão principal levam-nos a diagnosticar a primeira manifestação da sífilis: o cancro duro, diagnóstico que foi confirmado pelo resultado positivo da R. W.

A fimósis, complicação de resto frequente nos cancros prepuciais, é uma alteração em terceiro logar porque em seguida ao cancro viría por irritação, uma bálano-postíte. Esta afecção seria enfim a causa eficiente da fimósis o que verificamos por existirem aderências da face mucósa do prepúcio á glande, aderências que se constituíram pelo processo inflamatório intercorrente: a bálano-postíte.

Mas, além deste cancro temos a lesão da virilha. Pela história do doente reconheceu-se que sofreu

de uma adeníte escrofulósa (evolução tórpida, pequena reacção inflamatória, e ainda as lesões escrofulósas que vítimaram dois irmãos.)

Esse tumôr foi amolecendo e estabeleceu-se por último uma supuração crónica.

A lesão deve pois ter o rótulo de: *adeníte escrofulósa supurada* e *ulcerada* ulteriormente.

*Evolução e marcha.* — Depois de desfeitas as aderências por meio duma sonda canula e como a supuração e o edema aumentavam não obstante o tratamento instituído, com o auxílio de tezoura fizemos quatro golpes no prepúcio e assim conseguimos que o meato ficasse a descoberto e tambem a metade mais afilada da glande.

Um mês e poucos dias depois de ter começado o tratamento anti-sífilítico pelo uso dos mercuriais, do iodêto de potássio e arsenicais (cacodiláto de sóda), foi operado da circuncisão, sendo-nos possivel a partir dentão fazer o exame da glande para enriquecermos o quadro sintomático que nos levaria a diagnosticar o cancro duro. Ao nível do freio havia uma ulceração extensa, bem circunscrita, em fórma de *godet*, de fundo regularmente liso, avermelhado e humedecido por líquido leitôso, e tendo por base um tecido de consistência condroide completamente indolôr.

Um mês depois de lhe ter sido feita a circuncisão essa lesão curava, evoluíndo porém mais lentamente a ferida da virilha direita.

*Tratamento local.* — Pensos húmidos de soluto fraco de permanganato de potássio.

Depois, lavagens com hidro-soluto de Mencière e como tópico o balsamo de Mencière.

*Tratamento geral.* — Quarenta injecções intra-musculares de benzoáto de mercúrio doseadas a um centigrama por c. c. Estas injecções foram feitas em duas séries de vinte cada uma com o intervalo de dez dias em que fez uso de iodêto de potássio em dóses crescentes até cinco gramas.

Para tonificar, concomitantemente com as injecções mercuriais, fizemos durante dez dias injecções de cacodiláto de sóda doseadas a um decigrama por c. c.

## Prognóse da sífilis baseada nos caractéres e localisação do cancro duro

A lei de Bassereau, chamada tambem a lei da concordância, diz que "depois dos cancros duros benignos véem erupções sífilíticas benignas e as afecções dos diversos tecidos sem tendência á supuração; depois dos cancros duros fagedénicos véem as sífilis pustulósas graves, as afecções ulcerósas da péle, as exostóses supuradas, as necróses e as cáries". Ora se é certo que esta lei, é verdadeira para o que diz respeito ao futuro imediato, isto é, no período secundário, está suficien-

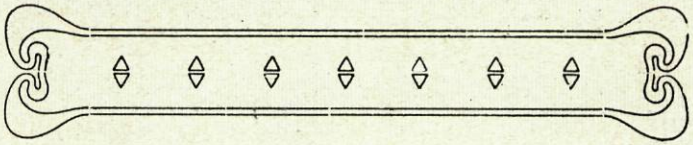
temente demonstrado que é falsa para o período terciário.

Embora seja frequente verem-se cancros ulcerósos, seguidos de acidentes secundários múltiplos, recidivantes e graves, e tambem aos cancros simplesmente erosivos seguirem-se acidentes secundários fugazes e pouco importantes, podemos, no entanto, constatar acidentes dos mais graves do período terciário nos indíviduos cuja sífilis se iniciou por uma simples erosão cancerósa.

Está bem longe de ser esta lei uma expressão da verdade e portanto ficamos inibidos de lançar mão dela com a segurança que era para desejar e que nos permitiria como que profetisar ao doente os caractéres das lesões sífilíticas que o visitariam desde que não fizesse um tratamento suficiente.

O que expuzémos refere-se aos cancros genitais; quanto aos extra-genitais alguns sífilígrafos admitiam que eram dum mau prognóstico para o futuro, mas Fournier diz que a extragenitalidade do cancro não é motivo para se presagiar da gravidade da sífilis que deriva dêste cancro.

Não obstante estas consoladôras palavras, Berdal aconselha a que se desconfie dos cancros extra-genitaes.



## Acidentes secundários

Em média, entre o vigésimo e quadragésimo quinto dia da infecção, dá-se a generalisação septicémica que se traduz pela aparição dos chamados *acidentes secundários.*

Esses acidentes fazem a sua aparição num período que póde atingir dois a três anos e só excepcionalmente essas lesões aparecem quatro, cinco, seis e até dez anos depois do começo da infecção. Estes acidentes são caracterisados por serem: múltiplos, generalisados e quasi sempre superficiais, constituíndo regra, apezar da multiplicidade dos acidentes, cada sífilítico não apresentar sucessivamente ou ao mesmo tempo, senão

um pequeno número e até ás vezes apenas uma ou duas variedades. Entre os acidentes secundários citaremos:

Sifílides cutáneas e lesões anexas da péle (alopécia, onísis);

Sifílides das mucósas;

Adenopatías e linfites secundárias;

Algías;

Afecções secundárias dos ossos, articulações, das baínhas tendinósas e dos musculos;

Lesões dos olhos;

Lesões da laringe, do aparelho respiratorio e do ouvido;

Lesões do aparelho genital interno;

Perturbações nervosas;

Afecções do aparelho digestivo;

Afecções do aparelho circulatório.

Observa-se tambem uma certa disciplina cronológica na época da aparição dessas lesões aparecendo umas determinadas no princípio (acidentes secundários precóces), outras no meio, e outras no fim (acidentes secundários tardíos).

Os acidentes secundários, que, como já dissemos revelam a disseminação do treponema no organismo, instalam-se as mais das vezes, insidiósamente e sem que o doente dê por tal, mas numa minoria de casos, as erupções do período secundário são anunciadas por

perturbações de infecção geral: cefalalgía profunda caracterisada por se manifestar de tarde e á noite; inaptência, astenía, anorexía, dôres vagas ou localisadas ás articulações ou aos musculos; insónias, irritabilidade excessiva, febre fugaz e passageira, etc.

Para nos não desviarmos do assunto que em especial quizemos tratar, limitaremos as nossas considerações com referência ás sifílides cutáneas e mucósas e ainda ás lesões do aparelho genital interno.

Alibert chamou ás manifestações tegumentares da sífilis, *sifílides*, denominação hoje consagrada pelo uso. Susceptiveis de aparecer em toda a idade da doença, nos primeiros tempos apenas afloram á péle; no período médio, vão mais profundamente mas não são destruidôras; no último período véem lesões profundas, que esclerósam, que ulceram, que mutilam. Ha a registar caractéres comuns ás sifílides secundárias; são erupções apiréticas, evoluíndo lentamente, desenvolvendo-se sem reacção inflamatória local, apruriginósas, sensiveis á acção do mercúrio, com côr vermelho-castanho ou côr de cobre, erupções superficiais, resolutivas, profusas, por vezes generalisadas e polimórfas.

As sifílides secundárias da péle podem formar quatro grupos, segundo Berdal:

1.° Sifílides maculósas (roséola);

2.° Sifílides papulósas;

3.° Sifílides ulcerósas superficiais;

4.° Lesões anexas da péle: onísis, peronísis e alopécia.

O exantema maculôso, a roséola, na maior parte dos casos inaugura o período secundário. São manchas róseas que desaparecem sob a pressão, irregularmente arredondadas, sem serem salientes, de tamanhos vários *como máculas feitas na péle com um pincel cheio de tinta* (Fournier), aparecendo primeiro nos flancos, parede lateral do tórax e lombos e algumas vezes generalisam-se não poupando mesmo a face ou as extremidades, ao contrário do que diz Fournier.

Esta erupção não surge bruscamente mas desenvolve-se lenta e progressivamente atingindo o auge ao fim de doze dias, passados os quais, em geral a roséola envelhece, amarelece e desaparece por fim, sem deixar vestígios. Se o tratamento se institúe, desaparece rapidamente.

Acabamos de apontar os caractéres das roséolas observadas na maior parte dos casos, no entanto todos os livros da especialidade apresentam algumas variedades: roséolas urtigadas, circinadas e de retôrno; mas, abstemo-nos de nos alongar em mais considerações porque mesmo os nomes indicam o que caracterisa cada uma dessas variedades.

Seguidamente estudamos o grupo mais importante das manifestações secundárias da sífilis: as sifílides papulósas, que Willan define: pequena elevação da péle,

sólida e resistente, não contendo líquido, susceptivel de erosão do vértice, mas terminando pela resolução. Ainda subsistindo estes caractéres gerais apontados, podem apresentar-se sob aspectos diversos do que resultou a seguinte classificação de Fournier: sifílides papulósas propriamente ditas, sifílides pápulo-escamósas, sifílides pápulo-erosivas e sifílides pápulo-crustósas ou ulcerósas. As pápulas mostram-se, em todas as regiões do corpo, disseminadas e distribuidas ao acaso pelos tegumentos, coincidindo por vezes com a roséola, dando uma erupção polimórfa que é especial na sífilis. Estas sifílides, cuja erupção se faz por *poussées*, persistem sem tratamento muitas semanas e até mêses, desaparecendo por fim, mas ficando em seu logar, manchas acastanhadas que se vão esbatendo até desaparecerem.

Se acontece recidivarem, acantonam-se então numa região do corpo formando, muitas vezes, figuras geométricas.

Ainda precisámos de dizer que estas sifílides, embora com os caractéres gerais apontados, apresentam modalidades segundo a região do corpo onde se observam. As sifílides papulósas do escrôto e do fôrro do pénis apresentam-se segundo o tipo habitual ou segundo o tipo pápulo-erosivo; a sifílide palmar e plantarm ostra-se perfeitamente redonda, levemente saliente, papulósa, descamando muito cêdo, agrupando-se for-

mando segmentos de círculo; as das comissuras dos lábios, ou das prégas cutáneas, ocupando exactamente estas prégas ou estas comissuras, fendem-se geralmente ao nível das prégas, ficando a pápula dividida em duas por um sulco e por isso se denominam pápulas gretadas (*pápula à rhagade de* Fournier); etc.

Quanto ás sifílides ulcerósas secundárias que aparecem numa época bastante afastada da infecção (excepto nas sífilis graves precóces), distinguem-se das sifílides ulcerósas terciárias porque a sua ulceração fica muito superficial, interessando apenas uma pequena parte da derme.

Ainda que se trate de lesões secundárias, téem pontos de contacto com os acidentes terciários porque embora disseminadas, são contudo menos confluentes que as sifílides papulósas, agrupando-se de preferência nas pernas, couro cabeludo e fronte.

A ulceração, que se apresenta com o tamanho de uma moeda de vintem, os bórdos circulares, cortados a pique mas pouco profundos, fundo rôxo ou amarelado, cóbre-se duma crôsta tambem com contôrno perfeitamente circular, achatada, resistente, de côr acastanhada e muito aderente notando-se á volta da crôsta uma pequena aréola de côr vermelho-escura.

Falaremos agora, ainda que rapidamente, da alopécia visto ser um dos sintômas apresentados por alguns doentes das nossas observações. Esta queda dos

pêlos póde afectar a cabeça ou as outras regiões peludas, mas a alopécia da cabeça é a mais frequente de todas aparecendo pouco tempo depois da infecção aí pelo segundo, terceiro ou quarto mês, porém a fórma em clareira é a verdadeira alopécia sífilítica. A queda do cabelo dá-se habitualmente duma maneira lenta mas progressiva, curando passados mêses e até um ano mesmo sem que se tenha submetido o doente ao tratamento, donde afirmar-se: "que a sífilis nunca fez calvos".

Acompanhando, e excepcionalmente precedendo as roséolas, aparecem as sífílides das mucósas, correntemente designadas: placas mucósas. Recidivam duma maneira extraordinária podendo mostrarem-se durante todo o período secundário. Estas lesões são secretantes e por isso as mais perigosas para o contagio. É pois durante o período secundário que se faz a maior sementeira da sífilis tanto mais que as sifílides das mucósas se desenvolvem insidiosamente sem dôr e sem reacção inflamatória notavel, impedindo por isso de se usar de qualquer precaução por se ignorar da existência das lesões.

Temos a considerar três variedades de sifílides secundárias mucósas: maculósas, erosivas e ulcerósas.

Enquanto que as sifílides erosivas aparecem em quasi todos os doentes atingidos de sífilis, são relativamente raras as sifílides ulcerósas, consideradas lesões

tardías, que fazem à sua aparição na época de transição que separa o período secundário do período terciário. Por esse motivo são discretas e constituem muitas vezes, no momento em que se produzem, a única expressão da doença, razão porque o diagnóstico se torna dificil sem comemorativos.

As sifílides erosivas achatadas, são erosões superficiaes, não subindo acima da superfície das mucósas mas interessando só ligeiramente a derme mucósa, arredondadas, ovalares, elíticas, fissurárias, etc., de côr avermelhada, que se modifica pela producção dum exsudato apresentando então uma côr intermediária ao cinzento e ao branco, outras vezes são brancas da côr do leite, ou ainda téem a côr duma falsa membrana diftérica chamando-se placas difteroides.

São completamente indolôres e curam no espaço de vinte e quatro a quarenta e oito horas sob a influência dum tratamento local anodino; muito perigosas sob o ponto de vista do contágio, são dificeis de diagnosticar quando isoladas, porque não téem um só carácter proprio para as distinguir duma simples fissura. Toda a causa de irritação local de ordem extrinseca como o tabaco, ou a pouca limpeza, ou de ordem intrinseca como as perturbações nervósas de ordem reflexa, localisam e fixam as placas mucósas e é por isso que são frequentes na lingua entre os fumadores, nos

orgãos genitais nas pessoas pouco cuidadosas, etc. As sifílides bucais desenvolvem-se de preferência no homem; as sifílides genitais são infinitamente mais frequentes na mulher. Para não nos desviarmos do nosso assunto falaremos apenas das sifílides das mucósas genitais do homem.

Essas placas mucósas podem vêr-se na glande, na mucósa do prepúcio e no sulco, mas muitas vezes passam além da mucósa desenvolvendo-se sobre o fôrro do pénis, escrôto e mesmo nas regiões peri-genitais.

As variedades que se podem apresentar são: erosiva, pápulo-erosiva, hipertrófica e ulcerósa.

As sifílides erosivas, aparecendo de preferência no sulco bálano-prepucial, glande e mucósa prepucial perto do limbo, são pequenas erosões de contôrno circular, vermelho-vinósas, habitualmente em número discreto, mas, ainda que raras vezes, tornam-se confluentes ao nível da ranhura bálano-prepucial constituindo uma fita erosiva que rodeia a base da glande.

As mais frequentes e as mais caracteristicas são as sifílides pápulo-erosivas da mucósa bálano-prepucial que são muitas vezes opalinas outras vezes vermelhas. As sifílides pápulo-hipertróficas aparecem, excepcionalmente, ao nível do sulco bálano-prepucial, não passando de lesões do tipo precedente exageradas pela falta de cuidados e sobretudo pela falta das mais elementares regras de higiéne. Umas ou outras podem

aparecer isoladas ou fundirem-se formando extensas erosões de superfície irregular em cuja perifería se podem encontrar vestígios dos contórnos das pápulas que se reuniram.

As ulcerações interessam profundamente a dérme mucósa, apresentam os bórdos talhados a pique, fundo liso, de côr vermelha ou amarelada, segregando pús em abundância, tendo uma evolução lenta apezar de instituido o tratamento, mas, quantas das vezes faltam esses caractéres?

Algumas vezes as sifílides mucósas da cavidade bálano-prepucial determinam a fimósis.

É uma fimósis muito frequente, pouco inflamatória, quasi indolôr, acompanhando-se de empastamento do prepúcio, saíndo da cavidade bálano-prepucial sero-pús mas em quantidade muito reduzida.

Paralelamente a estas lesões cutáneas e mucósas aparecem as localisações viscerais, sendo preciso pôr em primeiro logar a invasão meningea e nervosa. A precocidade das reacções meningeas é tal que podem observar-se desde a aparição do cancro (meningites metacancerósas e preroseólicas) chegando até a sero-reacção a ser posítiva no líquido céfalo-raquidiano antes que apareça no sangue! Estas reacções são de uma notavel tenacidade e sobrevivem por vezes ás lesões da péle e mucósas. Clínicamente traduzem-se por cefalalgías notaveis, sintôma de resto tão freqùentemente observado em indiví-

duos sífilíticos que quasi podemos dizer ser um sintôma constante e consequentemente uma localisação forçada.

E para terminar estas considerações sumárias que vimos fazendo sobre sífilis secundária, falaremos por último da sua localisação no aparelho genital interno do homem.

O sistêma reproductor do homem é geralmente poupado pela sífilis secundária, não apresentando, neste período da doença, mais que uma manifestação denominada: *epididimite secundária*, que grande número de autôres consideram sem gravidade por si só, mas indicaria uma infecção profunda do organismo.

Conjecturas sem argumentação sólida!

Registámos de seguida um caso de sifílide ulcerósa da glande e deixaremos para logar que julgámos mais proprio as nossas considerações sôbre as lesões epididimarias de que acidentalmente falámos.

**Observação IV.** — M. L. P., 21 anos, casado, ferroviário, natural do Pôrto.

*Sintômas gerais.* — Astenía, profunda emaciação, suóres nocturnos, desenvolvimento exagerado do sistema pilôso, olhos amortecidos, *rictus* facial dolorôso.

*Exame local.* — Edema generalisado a todo o pre-

púcio pelo que se encontra reduzido o orifício circunscrito pelo seu bórdo livre.

Atravez dessa abertura aparece a metade anterior da glande apresentando na sua parte mais afilada uma larga ulceração com a fórma aproximada do coração duma carta de jogar de vértice inferior e medindo centimetro e meio de altura.

Essa ulceração tem os bórdos regulares e um pouco salientes; o pavimento é liso e de côr vermelho-acinzentada e tem a fórma dum angulo diedro cuja aresta é ocupada pelo meato urinario que se encontra entre-aberto vendo-se a mucósa uretral em ligeiro ectropion.

Supuração abundante. Pús sero-sanguineo. Sensação de pêso no pénis, ardência no meato durante a micção.

*Palpação.* — Base da ulceração muito dura, hipostesía, e pela expressão da uretra vem ao meato pús amarelo esverdeado. Adenopatía poliganglionar inguinal dupla com ganglios duros, indolôres e móveis.

Adenopatía submaxilar.

*Aparelho respiratorio.* — Tósse com espectoração purulenta. Sinais de bronquite constatados á auscultação e ligeira diminuição de murmúrio vesicular no vértice direito com submassicez e aumento de vibrações vocais no mesmo vértice.

*Aparelho circulatório.* — Ruidos cardiacos vibrantes.

*Aparelho urinario.*—A prova dos dois copos revelou uretrite anterior.

*Aparelho digestivo.*—Ligeiro sabúrro da lingua.

*História da doença.*—Ha três mêses teve um cancro móle (?) junto do freio, lesão que desde o seu aparecimento passou a cauterisar com nitrato de prata, porém, ao fim de quatro dias de tratamento, o prepúcio edemaciou-se ameaçando fimósis, ficando então a coberto a lesão. Por essa mesma ocasião os ganglios inguinais hipertrofiaram-se mas ficaram indolôres.

Fez seis injecções de Novarsenobenzol respectivamente de trinta, sessenta, duas de setenta e cinco e duas de noventa centigramas, mas já estando curado o cancro móle (?) quando fez a quarta injecção.

Logo que essa lesão curou, teve relações sexuais, e passados alguns dias, apresentava purgação uretral espessa, amarela e abundante; disúria, polakiúria e dôres ao nível do meato durante a micção, mas mais acentuadas com a chegada das primeiras gôtas de urina.

Simultaneamente verificou a existência duma erosão quasi imperceptivel junto do meato, lesão esta que depois ulcerou e foi crescendo sempre lenta mas persistentemente até atingir as dimensões e os caractéres apontados no exame local.

Não obstante estar em tratamento pelo Novarsenobenzol, a lesão não estacionou antes foi progredindo sempre, razão porque resolveu entrar para êste hospital.

*Antecedentes pessoais.* — Constipações frequentes.

*Antecedentes hereditários.* — Pai falecido aos 50 anos de lesões sífilíticas (sic).

Mãi aos 89 anos tuberculosa. Tem dois irmãos saudaveis e morreram-lhe outros dois ignorando porém a doença que os vítimou.

*Diagnóstico.* — Os caractéres da primeira lesão peniana, são suficientes para diagnosticarmos um cancro duro, lesão que curou, com o tratamento arsenical instituido.

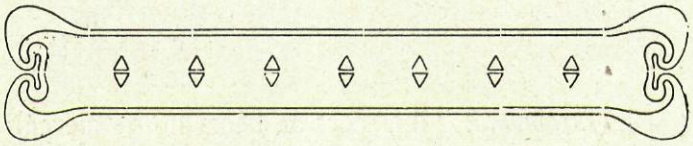
Depois dum coito, apareceu-lhe uma sifílide secundária da mucósa da glande, tipo sifílide erosiva, que não demorou a ulcerar, formando-se depois uma ulcera de contôrno regular, bórdos talhados a pique, fundo liso, base dura e supuração abundante.

Conta tambem o doente que esta ulceração tem tido uma evolução tórpida, modificando-se para melhor mas duma maneira quasi insensivel, não obstante estar, sob tratamento anti-sífilítico.

Todos estes sinais são suficientes para diagnosticarmos uma *sifílide ulcerósa do período secundário*, lesão de resto rara e aparecendo habitualmente muito tarde; porém, não devemos estranhar a precocidade desta lesão atendendo que se trata dum indivíduo em que colhemos sintômas nítidos de uma notavel miseria fisiológica e daí serem mais sensiveis e mais rápidos os estragos causados pela infecção.

*Tratamento.* — Injecções de benzoáto de mercúrio doseadas a dois centigramas por c. c.

*Evolução e marcha.* — Exigiu alta, três dias depois de dar entrada na enfermaria, tendo experimentado contudo ligeiras melhoras.



## Acidentes terciários

Sem um tratamento específico conveniente, a doença continuará a progredir. É uma nova fase da sífilis, que se mostra de seguida aos acidentes secundários, e que classificamos de *terciarismo.*

Enquanto os acidentes secundários são, as mais das vezes, superficiais, numerósos e disseminados, os acidentes terciários pelo contrário são pouco numerósos e destruidôres. É o período, por excelencia, em que aparecem as manifestações importantes e graves da sífilis o que contribue para lhes conferir um prognóstico reservado. Porém, de velha data se vem falando do terciarismo externo sendo o terciarismo visceral co-

nhecido apenas a partir do terceiro quartel do século passado, porque ainda em 1862 Grisole, no seu livro de Patología Médica, põe em dúvida a qualidade sífilítica, do que é para toda a gente hoje, o prototipo do figado sífilítico.

É impossivel indicar, duma maneira precisa, o momento em que aparece o tercearismo e isto pela razão única de que póde fazer a sua aparição em qualquer idade da sífilis.

Registram-se lesões aparecendo dois, quatro, seis.. vinte, quarenta, sessenta anos depois do cancro, podendo acontecer tambem notarem-se concomitantemente com as primeiras *poussées* eruptivas, misturando-se essas lesões aos acidentes secundários; mas, não é o que se observa habitualmente.

Num grande número de casos (95 a 97 por cento segundo Fournier), a sífilis secundária termina a sua evolução, os últimos acidentes secundários desapareceram e daí o doente julgar-se livre da sífilis, até que, ao fim dum tempo extremamente variavel, alguns mêses, um, dois, dez, vinte, cincoenta anos e mais depois do comêço da infecção, aparece um acidente terciário. Consultando as estatísticas, verifica-se que é até ao quarto ano da infecção que aparecem, as mais das vezes, os acidentes terciários, diminuíndo, a partir dêsse ano, o número de casos de terciarismo. Depois o decrescimento continúa de modo que, no vigéssimo ano da infecção

constatam-se um quarto dos que havia dez anos antes e então passados trinta anos observa-se um número muito reduzido de casos.

A delimitação entre os dois períodos: secundário e terciário, que se coloca, umas vezes a dois anos, outras vezes a três anos depois do cancro, é puramente convencional, razão porque Gaucher diz que é melhor falar de *acidentes* que de *período* — secundário ou terciário. Os factos obrigam-nos a pensar como Gaucher. Com efeito: lesões típicas do período secundário podem observar-se, se bem que rarissimamente, dez e vinte anos depois do cancro, por tanto em pleno período terciário; contrariamente, podem aparecer nos primeiros períodos da sífilis, no período secundário, sifílides tuberósas em toalha, mesmo gômas destruidoras do nariz, etc., que é costume descrever no período terciário.

A evolução da sífilis terciária é irregular escapando a toda a previsão. Esses ataques surgem em plena saude aparente ou por ocasião duma debilidade do organismo, dum trausmatismo, duma reinfecção, etc.; mas felizmente que uma reaparição da sero-reacção permite muitas vezes despistar a ameaça de recidiva e tratá-la, antes que tenha tempo de se manifestar. Os acidentes terciários da sífilis são geralmente pouco numerósos, pois que cada recidiva terciária, ao contrário das *poussées* secundárias, não compreende mais que um

acidente em noventa e um por cento dos casos (Fournier) e se o mesmo doente apresenta muitos acidentes ao mesmo exame, é porque os acidentes antigos persistem quando outros sobreveem.

**Causas do terciarismo.** — A causa verdadeira da produção ou não produção dos acidentes terciários é-nos desconhecida em absoluto por agora.

É um mistério... que só a Deus é permitido desvendar por enquanto, mas não tardará que os simples mortais penetrem nesses reconditos. A evolução e o notavel progresso das ciências tudo nos permite conjecturar. A utopía de tantos séculos, a descoberta da pedra filosofal, é hoje, segundo parece, uma realidade palpavel.

Enumerêmos as causas que favorecem, criam ou determinam o terciarismo.

Ha sífilis más, que nascem más e se perpetuam sob esta fórma. Portanto, num grande número de casos, a causa vem da semente da doença. Acontece algumas vezes a sífilis terciária suceder a sífilis secundárias benignas e médias. Constata-se o facto, ignora-se o motivo.

Horizonte brumôso e triste que urge desanuviar.

O terciarismo é tambem relativamente frequente nos indivíduos não tratados ou insuficientemente tratados.

A estatística de Breslau de 1901 a 1907 aponta-nos

6:203 sífilíticos com 605 casos de terciarismo; ora dêstes 605 doentes sessenta por cento não se trataram; desassete por cento limitaram-se a fazer uma cura, e vinte e um por cento medicação exclusivamente sintomática. A sífilis terciária não atingiu mais que um por cento dos doentes submetidos ao tratamento crónico e intermitente de Fournier. Este número, um por cento, é suficientemente eloquente, sobretudo se recordarmos que o tratamento de Fournier, sendo feito com pilulas, era menos enérgico que o instituído nos nossos dias.

Todas as causas que façam diminuir a resistência vital, empobrecer o organismo tornando-o consequentemente mais vulneravel, parecem constituir a preparação para o aparecimento dos acidentes terciários. A idade parece ter uma certa influência e a prova está em que as sífilis contraídas em tenra idade ou pelo contrário em idade avançada, são muito fecundas em acidentes terciários. Certas afecções crónicas, como as escrófulas, certas intoxicações como o alcoolismo, a miséria, o *surmenage*, etc., constituem o grupo de causas depauperantes de que vimos falando.

Ha certas causas locais que são susceptiveis de provocar a localisação do terciarismo sobre determinadas partes do corpo; o prototipo é a influência do tabaco sobre as lesões terciárias da bôca e muito especialmente da lingua, pois que, a chamada glossite esclerósa, constitue uma consequencia frequente da ex-

citação determinada pelo tabaco sobre a lingua dos indivíduos sífilíticos. Os traumatismos servem tambem muitas vezes de origem, de pretexto a explosões terciárias; o frio nos póvos do norte é uma causa activa da sifilóse terciária do nariz.

*
* *

A sífilis terciária não poupa nenhuma parte do organismo, sendo o sistema nervôso o mais vezes atacado e especialmente o cérebro. As suas lesões são polimórfas pois apresentam caractéres diversos segundo a sua localisação; além disso, reduzem-se as mais das vezes, a uma ordem única de manifestações as quais se desenvolvem sem febre, tendo uma evolução lenta, sem reacção inflamatória, sem dôr, e são habitualmente profundas, desorganisadôras, ulcerósas ou atróficas, deixando cicatriz.

São tambem lesões discretas, localisadas, regionais, ocupando uma, duas ou três regiões do corpo e ficando aí acantonadas, excepção feita para a variedade de terciarismo designado *sífilis maligna precóce*. A maior parte das vezes, reduzem-se a uma só manifestação.

Estas lesões consistem essencialmente em uma infiltração intersticial de células novas, infiltração

que póde ser difusa ou ainda circunscrita, constituíndo-se então os nódulos sífilíticos elementares. Um dêsses nódulos ou um grupo de nódulos irão constituir o tipo do acidente terciário: a *gôma* e dela pódem resultar muitas lesões: ulcerações, escleróses, etc.

É dificil dar uma definição curta e únivoca da gôma sífilítica. Póde dizer-se *grosso-modo* que a gôma, em início, é um grande nódulo ou aglomerado de nódulos sífilíticos que, no estado adulto, é essencialmente caracterisado pelo carnicão ou massa necrosada dos tecidos. Este neoplasma sífilítico póde aparecer em todas as épocas do período terciário, quer precisamente no primeiro ano da infecção ou tardiamente cincoenta anos depois do cancro, aparecendo porém com mais frequencia no terceiro, quarto e quinto ano da infecção. Podemos tambem encontrá-las em todos os orgãos e em todos os tecidos.

Os acidentes terciários compreendem:

1.° gômas dermicas: cutaneas e mucósas;

2.° gômas sub-cutaneas;

3.° gômas musculares, osseas, viscerais, etc.;

4.° infiltrados intersticiais e escleróses consecutivas;

5.° lesões dos parenquimas, localisadas ou difusas: nefrite, mielite, etc.

São lesões desorganisadôras de prognóstico grave mas no entanto podem observar-se acidentes benignos como: sifilides cutaneas do tipo secundário, etc.

Mas, quer se trate de lesões benignas ou graves, qual será a patogenía dêsses acidentes?

Das numerósas investigações a que procederam Unna e Neumann, concluiram que os acidentes terciários se desenvolviam sempre á custa de *reliquats*, não perceptiveis ao exame clínico, de lesões especificas anteriores e consequentemente em pontos atingidos durante o período secundário. Esta reviviscência carecia duma irritação específica nova que lhe seria levada pela torrente circulatória e hoje podemos acrescentar que essa irritação específica é devida ás toxinas elaboradas pelo *treponema pálida* e não pelo proprio parasíta, visto ele não se encontrar nas lesões terciárias.

Atendendo á excessiva frequencia das producções gomósas sífilíticas, ocupar-nos-hemos delas detalhadamente.

Clínicamente, ha dois tipos a considerar: os tumôres gomósos, e os infiltrados gomósos ou gômas difusas que, como acabamos de vêr, são fórmas análogas sob o ponto de vista estrutural, verdadeira "neoplasía celular em volta dum pequeno vaso sanguineo alterado" (Darier), não diferindo em nada dos processos inflamatórios. Virchow diz: "O cancro é uma gôma; as pápulas mucósas são tumores gomósos pouco desenvolvidos."

Enquanto certas hiperplasías se resolvem ou persistem sob a fórma de lesões organisadas e definitivas,

a gôma depressa degenéra e torna-se um tecido morto. É uma verdadeira degenerescência necrobiótica provocada pela nutrição defeituosa das celulas embrionárias. O tecido degenerado ou se condensa em uma massa sólida, ou amoléce, dissolve-se, fluídifica-se transformando-se numa massa purifórme diferindo do pús porque, longe de conter cadáveres de leucocítos, é constituído por granulações gordurósas. Esse *espírito da lesão,* como lhe chama Fournier, fica como corpo estranho no organismo o qual o expulsará breve.

A gôma sub-cutanea vai-nos servir de tipo para avaliarmos da sua história clínica a qual dividimos em quatro períodos: 1.º *Período de crueza,* em que a gôma se apresenta como um nódulo duro, ovoide ou globulôso, regular, do tamanho duma avelã, duma noz e até dum pequeno ôvo; tumôr indolôr, aflegmásico.

Ao fim de algumas semanas, e por vezes decorridos mêses, passa á segunda fáse: o *período de amolecimento.* Então o tumôr, que era primitivamente duro, torna-se pastôso a princípio e depois móle, mas não tarda a fazer uma leve reacção inflamatória e nóta-se uma infiltração difusa que lhe mascára os contórnos — ha uma dôr ligeira á palpação, os tegumentos avermelham e adelgaçam-se a ponto de deixar vêr por transparencia a côr amarela do conteúdo da gôma. Mais tarde a péle, ao nível do ponto mais culminante do tumor, rompe-se saíndo pelo orifício uma pequena

quantidade de líquido gomôso, purifórme e á mistura fragmentos dum verdadeiro carnicão.

O orifício vai aumentando progressivamente de maneira que não tarda a apresentar-se como uma abertura larga, circular, colocada no vértice duma elevação. É o *período de ulceração*. No fundo de essa abertura vê-se o carnicão gomôso, de côr branca — amarelada, que se vai destacando aos pedaços mais ou menos volumósos, até ao esvasiamento completo.

A ulceração cutanea estende-se apresentando um contôrno geométricamente circular ou policiclico, bórdos aderentes, talhados a pique e sendo bordados, do lado da péle, por uma aréola castanho-escura, com meio a um centimetro de largo. O fundo da ulceração é irregular, anfractuôso, alternando, as depressões e excavações, com elevações e mamilos granulósos.

Por vezes o fundo da ulceração está total ou parcialmente tapetado por uma massa cremósa de côr amarelada que, embora, não constituíndo sinal patognómico da especificidade da ulceração «é o melhor e o mais seguro atributo objectivo da úlcera gomósa» (Fournier).

Vem por último o *período de reparação*.

Acabando de se eliminar os restos gomósos, o fundo da ferida cobre-se de gômos carnudos e eleva-se, os bórdos apagam-se, a aréola desaparece e a secreção torna-se semelhante ao pús, iníciando-se de seguida um

processo de cicatrisação na periferia e que invade progressivamente toda a superfície da úlcera. A cicatriz a princípio é violacea, depois torna-se castanha, prevalecendo esta côr durante mêses e até anos e por fim empalidece e embranquece não sendo raro vêr-se empalidecer no centro e ficar acastanhada na periferia. Este período da reparação tem uma duração que oscila entre três a quatro mêses, como minimo, e seis a sete como maximo, mas, quantas excepções á regra se observam?

Temos expôsto sumariamente as fases que percorre uma gôma abandonada, porém, tratadas não chegam ao amolecimento e mesmo nesta segunda ase, ainda pódem reabsorver-se. A gôma em toalha apresenta a mesma evolução que a gôma em tumor.

**Complicações.** — Ainda que habitualmente, não obstante a isenção absoluta de tratamento específico, as gômas evolucionem sem que surjam complicações de importancia, devemos acentuar que essas complicações podem aparecer, sendo as mais frequentes relativas á evolução da úlcera gomósa. Póde acontecer por exemplo, serem invadidas por infiltração gomósa os tecidos que rodeiam a úlcera e que depois são destruidos, vindo assim juntar-se á úlcera primitiva uma nova úlcera e deste modo a ulceração estende-se, duma maneira continúa e crónica, passando os limites habituais, emfim, torna-se *tagedénica* estendendo-se sem que o

tratamento específico, vá impedir-lhe a marcha invasôra. É o chamado *fagedenismo terciário* cujo factor principal ainda nos é desconhecido, sabendo-se porém, de causas gerais que predispõem poderosamente para o desvio fagedénico, como: o alcoolismo, o impaludismo, a senilidade, a gravidez, a diabétis e a miseria fisiológica; e de causas locais: a falta de pensos, o penso irritante, as cauterisações intempestivas, a falta de higiene, a localisação de certas ulcerações, etc.

O fagedenismo sífilítico póde aparecer em todas as regiões do corpo, mas, atinge sobretudo a face e os orgãos genitais que pódem ser destruidos parcialmente. Umas vezes esse fagedenismo invade um largo território, interessando apenas as camadas superficiais da péle ou das mucósas e temos o *fagedenismo em superfície;* outras vezes porém, fica limitado a uma pequena porção da superfície cutanea ou mucósa, mas escava, destróe os orgãos, perfura os tecidos: é o *fagedenismo terebrante.* É possivel que estas duas modalidades se combinem, mas é raro, porque existe quasi sempre uma relação inversa entre a acção extensiva e a acção terebrante do fagedenismo (Berdal). Se a invasão gomósa se faz em todo o bórdo da úlcera o fagedenismo chama-se *excentrico,* mas, se ela se faz segundo uma determidada direcção constituíndo uma *trainée* ulcerósa serpentina, o fagedenismo diz-se *serpiginôso.*

* * *

Ao falarmos dos acidentes terciários da sífilis em geral, não nos ocupamos das determinações tegumentares do terciarismo, reservando para agora as nossas considerações sobre o assunto, atendendo á localisação frequente dessas lesões nos orgãos genitais externos do homem — pénis, escrôto e uretra.

As lesões terciárias do pénis e do escrôto pódem ser distribuidas em dois grupos: *sifílides terciárias* e *gômas*.

As sifílides terciárias, que são sempre lesões da mesma modalidade eruptiva, disciplinadas sobre o ponto de vista do agrupamento, habitualmente regionais, profundas e desorganisadôras, reduzem-se a dois tipos únicos: *sifílides tuberculosas e tuberculo-ulcerosas*. As primeiras são ainda chamadas — sifílides tuberculosas sêcas, e as segundas — sifílides gomósas ou sifílides gomósas ulcerativas. São inicialmente lesões identicas, que divergem, sómente mais tarde, como evolução terminal.

A princípio são constituidas por uma proliferação exagerada de células novas que infiltram a derme, dissociando-lhe as fibras e interessando da mesma maneira os vasos. Ulteriormente, este exsudato ou se condensa duma maneira progressiva levando a uma verdadeira escloróse da derme e depois reabsorve-se notando-se finalmente uma cicatriz atrófica da péle;

é a *sifílide tuberculosa sêca;* outras vezes, porém, dá-se uma degenerescência granulósa dos elementos dêsse exsudato, necrobiósam-se formando um carnicão cutáneo intersticial, eliminado por supuração ou ulceração, e temos então: a *sifílide tuberculo-ulcerosa* verdadeira gôma intersticial da derme. As primeiras podem observar-se ao nível do escrôto e raramente no fôrro e ainda mais raramente no prepúcio. São pequenos tumôres profundamente encravados na derme, com o tamanho que varía duma semente de groselha ao dum grão de ervilha, globulósos acima dos tegumentos, de contôrno regularmente arredondado, de saliencia convexa, superfície de côr vermelho escura e duros á palpação. Quando localisados nas regiões acima apontadas, agrupam-se quasi sempre fazendo circulos ou arcos de circulo; sobre a glande é que podem existir isoladamente.

Bem mais frequentes são as sifílides tuberculo-ulcerósas, que se podem observar em todos os departamentos dos orgãos genitais externos, mas ocupando de preferencia a mucósa — da glande, sulco bálano-prepucial e meato. Os bórdos das úlceras desenham arcos de círculo, são talhados a pique, aderentes, fortemente infiltrados, apresentando-se muito duros, fundo da úlcera de aspecto cremôso e aréola vermelho-escura.

Umas e outras agrupam-se em colar de pérolas, em anel, em crescente, em arcos conjugados.

As gômas genitais, distinguem-se em: *gômas das regiões cutaneas e gômas das regiões mucósas.* As primeiras aparecem sobre o escrôto e sobre o fôrro, sendo contudo, tanto numa região como noutra, mais frequentes as gômas difusas, do tipo das gômas sub-cutaneas a que já nos referimos, mas que apresentam, as mais das vezes, uma evolução rápida e que arrasta á destruição duma parte maior ou menor do escrôto. As gômas difusas do fôrro téem a séde habitual na base do pénis onde formam um verdadeiro anel, ou localisam-se ao prepúcio que transformam numa casca dura.

Estas gômas prolongam-se muitas vezes para as bôlsas, púbis e perîneo, mas só excepcionalmente se vêem invadidos e destruidos os córpos cavernósos.

Muito mais importantes e mais curiosas são as gômas das regiões mucósas, tendo como séde de predileção o sulco bálano-prepucial, onde se localisam em mais de metade dos casos, e depois, por ordem de frequencia decrescente — na glande, mucósa prepucial, meato, uretra e freio. É tambem para notar a frequencia da aparição duma gôma no logar onde se desenvolveu o cancro!

Embora apresentem a sintomatología de todas as gômas, seja qual fôr a séde, ha detalhes particulares que convém registrar. No seu período inicial, estas gômas podem apresentar-se sob três fórmas bem definidas — *gôma nodular, lamelar e difusa.*

No sulco bálano-prepucial a gôma apresenta-se mais vulgarmente sob a fórma nodular, vendo-se então nesse nível um pequeno tumôr do tamanho dum grão de ervilha, atingindo excepcionalmente o volume duma noz; tumôr globulôso ou ovoide fazendo acima das partes sãs um relêvo, ao nível do qual a mucósa se apresenta ou mais escura ou mais pálida, por causa da pressão que exerce o nódulo. O tumôr é duro, aflegmásico, indolôr e de contórnos bem limitados, dando a sensação dum corpo estranho encravado nos tecidos. Habitualmente, existe só um tumôr mas podem encontrar-se até quatro.

Embora rara, a fórma difusa póde tambem observar-se nesse nível e a gôma apresenta-se sob o aspecto duma massa dura parecendo constituida por muitos nódulos gomósos sem fronteiras bem nitidas, estendendo-se sobre parte ou totalidade do sulco, enviando até prolongamentos para diante para a corôa da glande, e para traz para os corpos cavernosos.

Na mucósa prepucial e da glande, estes infiltrados gomósos não constituem habitualmente nódulos esferoidais, mas estendem-se em superfície e tomam a fórma achatada, lamelar, observando-se então superficialmente — placas de endurecimento, arredondadas, ovalares ou elíticas, de extensão variavel, umas vezes delgadas, outras vezes espessas, mas sempre de contórnos nitidos, ficando umas vezes, ao mesmo nível que as par-

tes sãs, outras vezes fazendo saliência. A mucósa toma a côr vinósa.

Acontece ás vezes que esse endurecimento se estende a quasi toda a glande parecendo esta como que blindada, e, se o endurecimento se faz do lado da mucósa prepucial e em toda a sua extensão, fórma-se uma espécie de casca condroide.

A sifílide gomósa mantem-se neste estado de crueza durante um tempo que varía entre algumas semanas até quatro mêses. Passado esse tempo, o neoplasma amoléce e ulcéra, mas, em vez de se abrir largamente e em superfície como é costume, póde o nódulo gomôso peniano apresentar ao centro uma pequena cratéra e a ulceração propága-se dessa cratéra ao centro do tumôr formando-se apenas um estreito canaliculo que méde cinco, seis, oito e mesmo dez milímetros de profundidade constituíndo um verdadeiro pôço escavádo no tumôr, donde o nome de ulceração gomósa *puteifórme*. Esta disposição da úlcera mantém-se por dias até que por último o processo ulcerôso invade todo o nódulo. As gômas em placas podem apresentar muitas destas perfurações puteifórmes.

Outras vezes as ulcerações são excavações cavernósas de vários tamanhos. Tambem são frequentes as simples erosões dos sifilômas gomósos, constituíndo-se então, no caso de se dar a erosão dum pequeno sifilôma nitidamente limitado, uma lesão identica ao can-

cro duro — é o *sifilôma cancrifórme terciário* de Fournier, acidente tardío com séde habitual no sulco ou na glande e excepcionalmente — no prepúcio, escrôto, fôrro e meato. Para fazer o diagnóstico diferencial desta lesão com o cancro temos — a preexistência da pleiade de Ricord, a espontaneidade da lesão, a modalidade evolucional da lesão porque no cancro ha primeiro a erosão e o endurecimento ulterior enquanto que no sifilôma terciário fórma-se a princípio o neoplasma e depois vem a erosão; finalmente, ha a coexistência de acidentes terciários com sédes diversas.

Registraremos ainda, como epifenómeno das lesões gomósas, o chamado sifilôma hipertrófico difuso que se póde produzir no pénis deformando e exagerando-lhe o volume.

Desde que o tratamento específico não seja instituído, estas lesões de que vimos falando, podem acarretar, no caso de ulceração e destruição do meato urinario, atrésia cicatricial consecutiva o que exigirá uma intervenção cirúrgica; e, no caso de haver ulceração terebrante na visinhança da uretra ha a possibilidade de perfuração do canal e fistula urinaria consecutiva. Porém, uma das complicações frequentes e graves das lesões gomósas penianas é o *fagedenismo.*

"Os fagedenismos genitais derivam, na maior parte dos casos, das lesões sífilíticas terciárias, mais que dos cancros simples".

Abstemos-nos de fazer mais largas considerações sobre essa complicação que já foi tratada com o desenvolvimento que julgamos necessário.

Passamos a registar um caso de úlcera fagedénica do prepúcio.

Observação V. — F., P., 23 anos, solteiro, tipógrafo, natural de Rezende.

*Estado actual.* — Este doente apresenta lesões penianas.

Ao exame a que procedemos, notava-se que o prepúcio estava todo carcomido, exceptuando uma pequena porção junto do freio. Na base do prepúcio vê-se uma ulceração, de dois centimetros de largo, pouco profunda, que se estende ainda para a glande e constituíndo como que uma fita que quasi lhe circunda a base. Essa úlcera apresenta os bórdos regularmente arredondados, talhados a pique, aderentes; fundo irregular, com pequenas massas amarelas e espessas acantonadas nas anfractuosidades que alternam com pequenos mamilos de côr rósea.

Edema consideravel do segmento do prepúcio que ficára como para atestar melhor os estragos duma lesão devoradôra.

Adenopatía poliganglionar — ganglios duros, indolôres, móveis, de vários tamanhos. Alopécia em clareira. Queda de cabelo em abundancia.

Ocupando quasi todo o dôrso da glande, vê-se uma grande cicatriz deprimida, de pavimento levemente róseo e de bórdos regulares.

O meato urinario ocupa o centro dum *godet* cicatricial de cêrca de três milímetros de diametro.

Máculas arredondadas e pequenas, de côr cobreada e localisadas ás nádegas, côxas e pernas.

*História da doença* — Ha mês e meio, durante um coito fez uma ligeira erosão da mucósa da glande junto do sulco bálano-prepucial e um pouco á esquerda da linha média, lesão que em breve ulcerou e ao fim de quinze dias tinha alastrado até atingir o desenvolvimento constatádo no estado actual.

*Antecedentes pessoais.* — Uretrite gonocócica ha oito anos, de que se curou com irrigações de soluto de permanganato.

Passados três mêses nova doença venérea — três cancros móles de que estava curado ao fim de seis dias de tratamento.

Ha dois anos e meio, dez dias depois dum coito suspeito, notou a existência duma pequena úlcera no dôrso da glande, a princípio circular, de fundo róseo, indolôr e de base dura, seguida de edema do prepúcio e esbôço de fimósis. Por fim, a lesão estendeu-se ao prepúcio, roendo-o lenta mas progressivamente em quasi toda a sua extensão, fazendo assim uma auto-circuncisão.

Esta lesão fez a sua evolução lentamente durante cêrca de cinco mêses.

Foi poucos dias depois do início desta lesão que apareceu o bubão inguinal esquerdo e mais tarde era palpavel uma adenopatía poliganglionar aflegmásica nas duas virilhas.

Um mês depois de se ter feito a ulceração do prepúcio, apareceram-lhe — cefalalgias com exacerbação vesperal, dôres ósseas, queda de cabelo, manchas e pápulas por todo o corpo.

Fez trinta injecções de benzoáto de mercúrio e melhorou logo desde o início do tratamento, curando a lesão ao fim dessa terapeutica.

*Antecedentes hereditários.* — Pais vivos e saudaveis. Teve três irmãos dos quais um faleceu aos três anos de idade, vítima de meningite. Os outros dois são saudaveis.

*Diagnóstico.* — A exposição do doente sobre o seu passado mórbido e ainda os caractéres das lesões apresentadas neste momento, são elementos de sóbra para suspeitarmos que se trata de um indíviduo sífilítico e a confirmação dessa infecção é-nos assegurada pelo resultado positivo da Reacção de Wassermann feita no sangue.

A clareza das respostas ao nosso interrogatório permitiu-nos caracterisar todas as manifestações sífilíticas que até hoje lhe têem aparecido.

Cancro duro ha perto de dois anos e meio. Cancro fagedénico — fagedenismo terebrante que lhe roeu (sic) o prepúcio. Um mês depois apareceram-lhe as manifestações secundárias — simultaneamente sifílides maculósas e papulósas, generalisadas, acompanhadas de perturbações meningeas traduzidas pelas cefaleias.

O tratamento embora reduzido curou essas lesões e a sífilis entrou num período de latência que durou dois anos, findo o qual, apareceu o tercearismo; assim, fez-se ha mês e meio uma infiltração gomósa da camada sub-mucósa da glande (sifilôma gomôso) ao nível do qual a mucósa erosou depois de um coito.

A erosão progrediu até á ulceração que foi aumentando sempre lenta mas persistentemente, sem grande profundidade, mas alastrando periféricamente como a nódoa de azeite sobre o papel, constituíndo-se uma *úlcera fagedénica do prepúcio e da glande*, mas fagedenismo em extensão, tambem chamado fagedenismo em superfície.

*Tratamento.* — Vinte injecções de benzoáto de mercúrio, doseadas a um centigrama por c. c. e feitas em duas séries com intervalo de dez dias, durante os quais tomou iodeto de potássio até á dóse de três gramas por dia.

Como tratamento local: lavagens diárias com água bórica quente e penso húmido. Por último, penso sêco e pós de Vincent.

O doente saíu curado ao fim de dois mêses de tratamento. O estado geral era bom e o doente estava apto a entregar-se ás suas ocupações habituais.

**Lesões terciárias da uretra.** — São bem pouco frequentes as lesões gomósas da uretra mas, quando existem, acantonam-se sobretudo na sua extremidade peniana, numa extensão que varía entre um e cinco centímetros e até, as mais das vezes não passa da região balánica, facto que leyou Fournier a afirmar «que, reserva feita para alguns casos excepcionais, a sífilis se desinteressava das regiões média e posterior da uretra.» As lesões gomósas da uretra resultam, o maior número de vezes, da propagação dum sifilôma do pénis ao canal, e a invasão diz-se secundária ou consecutiva; mas, ainda que raras vezes, acontece a lesão ter o seu início no canal e a invasão diz-se *autoctona*.

No primeiro caso, o mais frequentemente observado, dá-se uma infiltração terciária — da parte mais afilada da glande, do contôrno do meato ou apenas dum dos seus lábios, a qual se estende e penétra no canal numa extensão de um a dois centimetros e excepcionalmente três a quatro.

Como a infiltração gomósa se estende tambem á glande, nota-se então uma dureza massiça de todo o seu vértice. Por vezes a uretra fórma um prolongamento a esta dureza sob a fórma de outra dureza se-

melhando um « cabo de raquette » facilmente perceptivel á palpação.

Na face inferior do pénis sente-se então um cordão cilindroide muito renitente, comparado a uma vareta de espingarda, ou, segundo a expressão habitual dos doentes, a um *tuyau de pipe*.

Se o tratamento imediato não vem deter o sifilôma na sua evolução, breve a sua superfície é a séde duma erosão ou até duma ulceração que acarretará uma pêrda de substância em fórma de funil cuja parte mais larga corresponde ao meato e a parte retraída prolonga-se mais ou menos na extremidade anterior da uretra. Numa *étape* ulterior, dá-se quasi invariavelmente uma retração da cicatriz, o que determina a atrésia do orifício uretral.

Infinitamente raras, as gômas primitivas podem contudo aparecer, traduzindo-se clínicamente por — corrimento purulento semelhante ao da blenorragía, dôr ligeira durante a micção e localisada á porção da uretra que está afectada, endurecimento uretral numa extensão variável o que dá a sensação dum cílindro cartilaginôso. Fournier aponta um caso em que esse endurecimento cilindroide se estendia desde o freio até á parte mais recuada do períneo. Ha contudo casos, embora raros, em que a palpação da uretra não fornece indicação alguma.

Ainda mais rara, mas de resto mais curiosa que

as lesões terciárias apontadas, ha a registrar a infiltração regular e cilindroide da uretra numa extensão de alguns centimetros (quatro a oito centimetros) de maneira que o canal apresenta-se como um cordão rígido e alongado, comparado a uma canêta, dando pela palpação a sensação duma sonda introduzida na uretra. Em regra acompanha a lesão um corrimento uretral blenorroide, donde julgar-se por vezes tratar-se de afecção gonocócica da uretra. É o *sifilôma cilindroide* de Fournier. Quasi sempre esta singular infiltração uretral observa-se em relação com lesões ulcerósas do canal situadas mais anteriormente e de que parece não ser mais que um prolongamento, uma irradiação.

Observação VI. — J. J. O., 25 anos, solteiro, cocheiro, natural do Pôrto.

Entrou a 25 de Dezembro de 1918 e saiu a 15 de Março de 1919.

O doente diz ser portador dum cancro duro da glande e ao fazer-nos esta afirmação, inconsciente da gravidade do mal que o atingiu, sorrí, deixando então vêr os dentes irregularmente implantádos, escuros, estriádos longitudinalmente, apresentando os incisívos superiores o bórdo livre com uma chanfradura semilunar (dente de Hutchinson).

Fronte olímpica, magestosa (Fournier). Alopécia em clareira. Disseminadas por todo o corpo, vêem-se

máculas arredondadas, de vários tamanhos, com a côr de nódoa de vinho muito desbotada, manchas estas que diz ter desde pequeno.

Cristas tibiais espessas e rugósas; poliadenía — ganglios duros, móveis e indolôres. Pleiade de Ricord.

Na glande nóta-se uma ulceração arredondada, pouco profunda, de fundo liso e róseo e tendo por centro o meato urinario que está entreaberto. Pelo meato córre líquido purifórme de côr amarelada mas em pequena quantidade. A mucósa do resto da glande tem uma côr esbranquiçada e apresenta-se despolida.

*Palpação.* — Ulceração assentando sobre base endurecida; ausencia de dôr á pressão, uretra peniana muito dura parecendo uma haste de madeira.

Á exploração com o explorador olivar, constatámos uma grande diminuição da elasticidade da uretra, grande endurecimento das suas paredes e notavel rugosidade da sua superfície interna. O bèniquè numero vinte — fieira Charriére — dificilmente passava ao longo da uretra e colhiamos a sensação de estarmos a atravessar um pouco de toucinho. Ardência ao nível do meato durante a micção, esfôrço para urinar.

*Aparelho circulatório.* — Pulso hipertenso. Ruidos cardíacos vibrantes. Frémito da ponta.

*História da doença.* — Conta o doente que ha três

mêses lhe apareceu uma pequena saliência dura submucósa e ao meio do dôrso da glande.

Depois dum coito, a superfície dessa dureza erosou, polvilhando-a logo com calomelanos. Continuou a ter relações sexuais e em breve a erosão se tornou ulceração, a qual foi alastrando para perto do meato até o atingir passados dez dias. Simultâneamente o doente sentiu ardência durante a micção na fosseta navicular, necessidade de esfôrço para urinar, reducção do jacto e endurecimento progressivo da uretra. Como a ulceração progredia não obstante o emprêgo quotidiano do calomelanos como tópico, e os restantes sintômas se exacerbavam tambem, resolveu entrar para o hospital.

*Antecedentes pessoais.* — Blenorragía (?) ha quatro anos de que se curou em cinco dias. Três mêses depois teve três cancros móles que cauterisou com nitrato de prata. Limita-se pois o seu passado mórbido a doenças venéreas.

*Antecedentes hereditários.* — Pai morreu de desastre. A mãi que faleceu de parto, teve cinco abôrtos e dez filhos dos quais faleceram seis, sendo os restantes saudaveis.

*Diognóstico.* — O doente em questão é um heredosífilíco e se não nos levassem a esse diagnóstico os estigmas apresentados pelo doente, já seria motivo para sobre-aviso, o grande número de abôrtos que tivera a mãi.

Para maior precisão, se consultarmos a história da doença, não nos é dificil concluír que êste doente tem manifestações tardías de heredo-sífilis, o que equivale a dizer acidentes terciários. A seriação dos fenómenos foi esta — infiltração gomósa da glande junto do sulco bálano-prepucial, depois erosão da sua superfície e de seguida ulceração. Essa infiltração gomósa estendeu-se depois á uretra e aos tecidos que a rodeiam, imprimindo-lhe uma consistencia lenhosa, sentindo-se á palpação um cordão duro como uma vareta de espingarda: é o *sifilôma cilindroide de Fournier.*

*Prognóstico.* — Favoravel, atendendo ás melhoras que experimentou com o tratamento preconisado.

*Tratamento.* — Vinte injecções intra-venósas de cianeto de mercúrio, doseadas a um centigrama por centímetro cubico.

De seguida, iodêto de potássio em dóses crescentes até chegar a ingerir oito gramas por dia, descendo depois gradualmente.

Algaliação permanente e dilatação da uretra com bèniquès até ao número quarenta da fieira de Charriére.

*Evolução e marcha.* — O doente, poucos dias depois de iniciar o tratamento antisífilítico, acusava melhoras sensiveis, quer do estado geral, quer localmente.

Engordou, as fôrças voltaram, o corrimento uretral desapareceu por completo e a uretra quasi retomou a consistencia e a elasticidade habituais, excepto

uma pequena porção, dois centímetros apenas da porção terminal da uretra peniana, e isto porque o doente exigiu alta antes que julgassemos suficiente o tratamento a que o haviamos submetido.

**Gômas pericavernósas.**—Estas gômas, embora raras e pouco conhecidas, estão contudo perfeitamente identificadas.

Localisam-se quasi invariavelmente na metade anterior da verga, lateral ou superiormente, e apresentam-se sob a fórma de toalha neoplásica aderente pela face profunda aos corpos cavernósos, enquanto que a péle fica móvel. É um tumôr duro, indolôr, aflegmásico, que se acompanha de edema mais ou mênos acentuado do pénis e sobretudo do prepúcio e que é devido á dificuldade de circulação provocada pela compressão da gôma sobre os vasos. Como todas as gômas, depois, esse infiltrado gomôso amoléce e abre-se, não ao nível da péle, mas no fundo do saco prepucial onde então se vê um pequeno orifício que comunica com uma caverna gomósa resultante dum descolamento do fôrro devido á fusão da gôma situada a dois, três e mais centímetros. Este orifício póde fistulisar dificultando o diagnóstico algumas vezes e até intrigando.

# Sífilis dos orgãos genitais internos

## 3.ª PARTE

# Anatomía e fisiología testicular

> « Não é o homem completamente homem, de corpo e alma, senão por suas glandulas geradôras. »
>
> (Haeckel).

O testículo e o epididimo compõem-se de duas partes morfologicamente bem diferentes: a *albugínea* e um *tecido proprio.*

A albugínea testicular é uma membrana fibrosa, de côr azul esbranquiçado, tendo grandes analogias com a esclerótica. Envolve todo o testículo formando-lhe como que uma concha que é forrada em quasi toda a extensão da sua superfície exterior pelo folheto parietal da vaginal, correspondendo a superfície interna

ao tecido proprio do testículo a que está unida por numerosos vasos.

Ao nível do bórdo postero — superior e na parte média, a albugínea apresenta um espessamento notavel chamado *corpo de Higmore*, que reveste a fórma duma pirámide, de cujo vértice e faces laterais nascem um conjuncto de septos sempre muito delgados, irradiando para a perifería do testículo e indo implantar-se á superfície profunda da albugínea.

Estas lamelas, reunindo-se pelos seus bórdos, decompõem a grande cavidade que circunscreve a albugínea, em um grande número de lóculos de diversos tamanhos onde se aloja o tecido proprio do testículo.

A albugínea compõe-se essencialmente de feixes de fibras conjunctivas diversamente entrecruzadas a que se véem juntar células chatas do tecido conjunctivo e um pequeno número de fibras elasticas finas.

Como vêmos, histologicamente, a albugínea testicular apresenta todos os caractéres das membranas fibrósas. Essa albugínea do homem, apresenta na parte postero-inferior, isto é, no ponto em que contrái aderencias com as bôlsas, algumas fibras musculares lisas.

Ao nível da cabeça do epididimo, a albugínea prolonga-se sobre êste ultimo orgão, envolvendo-o em toda a sua extensão; mas, a albugínea passando do testículo para o epididimo, torna-se menos delgada e menos resistente e atenua-se ainda gradualmente á me-

dida que se aproxima da extremidade posterior, ficando, ao nível da origem do canal deferente, reduzida a uma simples camada celulosa.

Os lóculos conjunctivos são ocupados por canalículos seminíferos, formando-se assim um grande número de pequenas massas mais ou menos distintas denominadas: *lóbulos espermaticos.*

Estes lóbulos, como os compartimentos onde estão instalados, téem naturalmente a fórma dum cone ou duma piramide cuja base repousa sobre a face profunda da albugínea e cujo vértice corresponde ao corpo de Highmore. O número e o volume dêsses lóbulos é muito variavel, sendo cada um constituído por três ou quatro canalículos seminíferos, o que dá, para o mesmo testículo, um total de 900 a 950 canalículos. Ainda hoje está por aclarar o seu modo de origem e, para prova diremos que Lauth os faz nascer duma rêde de malhas largas, que fórma a casca do testículo, e que consequentemente corresponde á base dos lóbulos. Sappey e outros admitem pelo contrário que nascem por extremidades livres, dispostas em *caecum* e mais ou menos enchidas, extremidades que estariam situadas, não á superfície livre dos lóbulos mas na sua porção basal, a um, dois ou três milímetros de profundidade.

Mas, seja qual fôr o modo de origem, todos os canalículos se dirigem, convergindo, para o vértice dos

lóbulos respectivos. Sempre muito flexuosos, enrolam-se sobre si mesmo de maneira a não ocupar um comprimento de dois a três centímetros, enquanto apresentam, desenrolados e estendidos numa direcção rectilínea, um comprimento trinta vezes maior.

Os canalículos dum lóbulo entram em relação com os dos lóbulos visinhos; ora estas anastomoses que podemos chamar *interlobulares,* são sobretudo frequentes na zona cortical do testículo, constituindo o conjuncto destas anastomoses a *rêde de origem de Lauth.* Num mesmo lóbulo, os canalículos seminíferos estão ainda unidos uns aos outros por anastomoses de direcção oblíqua e ordinariamente muito compridas, mas estas anastomoses numerosas na base do lóbulo, vão diminuindo á medida que se aproxima do vértice.

Vê-se algumas vezes o canalículo dividir-se em dois ramos que, após um trajecto mais ou menos longo, se reunem de novo para formarem um canal único.

Chegados á visinhança de corpo de Highmore, os diferentes canalículos que entraram na constituição dum lóbulo, reunem-se para formar um canal colector único. Esses canais colectores, resumindo cada um as canalisações do lóbulo correspondente, caracterisam-se — por serem quasi retilíneos e por isso vários anatomicos lhes chamam *canais rectos (ductuli recti),* e, por serem simples canais vetôres do espermen e nunca

productores de espermatozoides como o são os canalículos seminíferos.

Histologicamente, os canalículos compõem-se de duas túnicas — interna e externa. A externa, mais espessa, é formada por lamelas conjunctivas que se justapõem como as folhas duma cebola e entre as quais se encontram algumas células chatas. Á volta do canalículo, descreveu-se durante muito tempo, um revestimento endotelifórme considerado por Tommasi, Mihalkowics e Malassez como de natureza linfática e por Tourneux e Hermann como células conjunctivas; mas, Regaud em 1897 demonstrou a não existencia dêsse revestimento á volta dos tubos seminíferos. A túnica interna ou membrana propria, tão delgada que alguns autores negam a sua existencia, é de substancia homomogénea ou vagamente fibrilar e tapetada por um epitélio que limita uma luz de diámetro variavel. O revestimento epitelial dos canalículos seminíferos, varía muito, anatómica e fisiologicamente, segundo a idade do doente.

No *feto* é constituído por duas espécies de células — as grandes células redondas ou células seminais primitivas, e as células epiteliais ou pequenas células germinativas que ocupam os intervalos compreendidos entre as primeiras. Prénant diz que são duas fórmas duma mesma espécie celular, mas, os autores alemães consideram-nas duas espécies distintas: as células re-

dondas, *células sexuais*, ancestrais das células seminais e espermatozoides; as epitéliais são simples *células de supórte* que mais tarde fornecerão as células de Sertoli.

*No recemnascido e na criança até á puberdade.* — Os histologistas alemães dizem que os canalículos conservam, até á puberdade, os caractéres que apresentam no feto, diferindo apenas dos dêste último, pelo seu maior volume e pela presença duma lúz. Porém, Balbiani e Prenant emitiram a opinião de que, após o nascimento, as células redondas desaparecem por degenerescencia e o revestimento dos canalículos apresenta-se homogéneo.

Dêste epitélio nascem séries sucessivas de células das quais, umas téem os nucleos nucleolados, enquanto que outras arredondadas e de nucleo reticulado, multiplicam-se e tomam, pouco a pouco, a fórma dos diversos elementos que se encontram mais tarde na espermatogenese: *espmeratogonios*, *espermatocitos* e *espermátides*, sem nunca atingirem o desenvolvimento completo dêstes elementos, pois degeneram antes de fornecerem productos definitivos. Prenant dá a esta proliferação celular abortiva o nome de *preesparmatogenese.*

*No adulto*, o epitélio dos canalículos está em plena actividade a qual leva á produção dos *espermatozoides.*

Nos canalículos, além dos esparmatozoides completamente desenvolvidos e livres, ha duas ordens de

elementos diferentes: 1.º *células seminais* sobrepostas em camadas múltiplas formando três grupos: os *espermatogónios* na camada mais inferior; os *espermatocitos* na camada média; e os *espermatites* formando a camada mais superficial; 2.º — as *células de Sertoli* dispostas radialmente, entre as precedentes.

Diremos ainda que os *espermatozoides* provéem das *células seminais*, por uma série de transformações que nos absteremos de enumerar, por descabidas neste logar, e que no conjuncto constitue o *processo da espermatogenese*.

**Glandula** intersticial do testículo. — Em 1850, Leydig descobriu nos espaços compreendidos entre os tubos seminíferos, no corpo de Highmore e mesmo nas camadas mais externas da albugínea, células volumosas, quasi sempre agrupadas, formando ilhotas de volume desigual ou cordões curtos e estreitos. Essas células, que a maior parte das vezes se dispõem á volta dos vasos formando-lhe uma espécie de corôa, são conhecidas em histologia sob a denominação de *células de Leydig* ou *células intersticiais*. Estas células possuem todos os caractéres dos elementos glandulares, visto que um estudo atento dos seus diferentes aspectos oferecidos durante a sua actividade, demonstra a existencia dum ciclo secretório.

No seu conjuncto, constituem um complexo celular que tem o nome de *glandula intersticial* ou

*glandula diastemática*, como lhe chamaram Ancel e Bouin.

A significação morfologica dêstes elementos glandulares não está ainda elucidada.

Nusbaum, Mihalkowicz, Messing, Ganfini e Lenhossèk pensavam que seriam células do epitélio seminal (cordões de Pffuger) que teriam parado na sua evolução. Esta opinião está hoje quasi abandonada e a mais seguida é a dos que afirmam resultarem as células intersticiais da diferenciação das células fixas do tecido conjunctivo. Os partidários desta teoria são: Tourneux, Hansemann, Plato, Ancel e Bouin.

Regaut e Senat admitem provirem da diferenciação dos glóbulos brancos, que, emigrados para fóra dos vasos, caminham no seio do tecido conjunctivo.

O testículo encontra-se assim formado por duas glandulas bem distintas: 1.º uma glandula de secreção externa, a *glandula seminal*, situada no interior dos tubos seminíferos, tendo por função formar espermatozoides; 2.º uma glandula de secreção interna, a *glandula intersticial*, colocada entre os tubos seminíferos e lançando os seus productos de secreção no vasos visinhos.

As células intersticiais aparecem muito cêdo no embrião e vão aumentando de número e de volume á medida que o indivíduo avança em idade, atingindo o

máximo desenvolvimento na puberdade, e nesse estado se mantéem durante a vida genital.

Na velhice, sofrem, como os elementos da glandula seminal, uma verdadeira involução denominada — *involução senil.* As células reduzem-se de volume, carregam-se de pigmentos e transformam-se pouco a pouco em pequenos elementos achatados, degenerados, em suma, improprios para qualquer acto secretório.

Estes elementos glandulares de que vimos falando, contéem em abundancia, vários productos de secreção — granulações acidófilas, basófilas, granulações formadas por lipoides, pigmentos (sobretudo nos indivíduos velhos) e cristaloides. Na opinião de Reinke, os cristaloides caracterisam as células intersticiais do testículo do homem.

As relações das células intersticiais com os vasos sanguíneos e linfáticos justificam-lhe o papel endocrínico.

A secreção interna do testículo, evidenciada experimentalmente por Brown-Séquard e por ele atribuida á totalidade da glandula, pertence tão só á glandula diastemática.

Já Reinke em 1896, Regaud e Policard em 1901, e Loisel em 1901-1902, haviam admitido caber em parte tal secreção, ás células intersticiais. Graças aos estudos de Ancel e Bouin, Tandler e Grosz, Harm,

Selleim, Stieda e outros, foi a questão resolvida no sentido de se considerar a glandula intersticial a verdadeira glandula de secreção interna do testículo.

Ancel e Bouin, dos seus numerosos trabalhos concluiram que: « Chez les mamifères, la glande interstitielle este une glande á secretion interne, qui possède seule le rôle sur l'organisme attribué jusqu'ici au testicule tout entier ».

Pelo que respeita á função da glandula diastemática no organismo, temos a considerar: 1.° uma *acção local*; 2.° uma *acção geral*; 3.° uma *acção de defeza*. Quanto á primeira, acção directa da secreção intersticial sobre o testículo, os estudos de Plato, Beissner, Friedmann, Regaud e ultimamente de Ancel e Bouin, confirmaram as ideias dos antigos histologistas, que consideraram as células intersticiais como destinadas a assegurar a nutrição dos tubos seminíferos e seu conteúdo.

Mas, ao lado da sua influencia local, directamente sobre o testículo, a glandula intersticial exerce uma acção geral sobre todos os sistêmas do organismo e, em particular, tem sob a sua dependencia a actividade genital e os caractéres sexuais.

Todos estes caractéres se apresentam na sua máxima exteriorisação, no momento da puberdade, precisamente quando a glandula intersticial se mostra na plenitude do seu desenvolvimento, o que levou Steinach a chamá-la *glandula da puberdade*.

Ancel e Bouin referindo-se á glandula intersticial do testículo, dizem ainda que a sua acção, como glandula de secreção interna se reflecte poderosamente sobre a nutrição geral. A *invigoration* orgánica propria ao macho, é devida á influência da sua secreção interna.

Além da acção sobre a atividade genital e caractéres sexuais, Ancel e Bouin reconhecem ainda á glandula intersticial um papel de *defeza geral,* notando-se, que se hipertrofiava muitas vezes, nas doenças infeciosas agudas quer nas crónicas, mas particularmente — na anemia perniciosa (Hansemann), no cancro e na tuberculose; atrofiando-se, pelo contrário, numa longa cachexía. Com efeito: a secreção interna da glandula exagerava-se no comêço das infecções ou intoxicações e de seguida vinha a hipertrofía do orgão. Esse exagêro de secreção representava um meio de defeza do organismo.

Voinow admite êste papel de defeza geral da glandula diastemática, mas, atribue-lhe tambem um importante papel de *defeza genital,* isto é, de defeza das células seminais, porque sendo o traço de união entre a corrente circulatória e a glandula genital propriamente dita, absorve as diferentes substancias tóxicas do sangue, impedindo-as de exercerem uma acção nociva sobre os elementos reprodutores.

## Sífilis testicular. — Etiopatógenia

São muito variadas as noções etiológicas fornecidas pelos autôres, a proposito da sífilis do testículo. Dupuytren considerava a invasão do testículo como um fenómeno ordinariamente espontáneo e por isso classificava de sarcocélo todo o tumôr testicular que aparecesse, sem causa justificada, num sífilítico.

Forgue concordava com Dupuytren sobre a espontaneidade de tal localisação e dizia, para fazer prevalecer essa opinião, que era preciso considerar o isolamento do testículo apenso a um longo pediculo vascular, fazendo dele, por estáse circulatoria, um logar de eleição para a fixação das toxinas ou dos mi-

cróbios carriados pelo sangue, assim como o mostra a frequencia das orquites infecciosas.

Entre as manifestações viscerais da sífilis, a orquite esclero-gomósa é a mais frequente. Explica-se esta predilecção porque a sífilis aparece nomeadamente no período da vida em que é maior a actividade sexual, e de ordinário nos indivíduos que abusam do prazer venereo. A glandula espermática fatiga-se, é menor a sua resistencia á infecção e por isso a sífilis se acantona aí de preferencia.

Essa influencia dos excessos genésicos é considerada por Tedenat como causa importante, e lembra a frase de Valette: "se os sífilíticos, homens de gabinete, morrem de tumôres cerebrais, os avariados corrompidos pelo vício da luxúria, são ameaçados de sifilômas testiculares." Todos os autôres desde Ricord a Fournier, reconhecem o valor desta causa ocasional.

Os trabalhos de Verneuil ensinaram-nos que os sifilômas escolhem de preferencia, os orgãos afectados duma tara: quer ela seja, pelo surmenage genital a que vimos fazendo referencia, ou pela continencia muito prolongada como pensava Ricord, ou por um traumatismo mais ou menos violento, quer ainda por uma infecção anterior.

Langenbeck fornece-nos dois casos em que se vê nitidamente a influencia da violencia exterior sobre a aparição do sarcocélo. Ricord insistia muito sobre a in-

flamação blenorragica do testículo precedendo a orquite sífilítica e, para ele, esta influência é considerada de tanto valor, que póde até inverter a ordem de sucessão dos acidentes. «Ha alteração na marcha da doença que, em vez de começar pelo testículo, invade de início o epididimo.» (Observação VII.)

Apezar da influência rial que exercem a maior parte das circunstancias que vimos enumerando, Helot reforça a opinião de Dupuytren: de que a orquite esclero-gomósa tem um desenvolvimento espontáneo, e vai mais longe que êle, tendendo negar o valor das causas invocadas «porque nada observou que possa justificar estes dados».

Diz que não é raro, vêr a orquite sífilítica com localisação á esquerda, quando a orquite blenorragica apareceu á direita, e tambem aparecer uma afecção sífilítica dos dois testículos sem blenorragía anterior. Apesar das reservas de Helot, Reclus tem como certas as afirmações de Ricord. Montaz refere o caso seguinte: um indivíduo sífilítico teve uma blenorragía com epididimite blenorragica nítida. Algum tempo depois desta blenorragía, apresentou a fórma banal do testículo sífilítico. Instituiu-se-lhe o tratamento específico e a lesão desapareceu.

É mais facil conhecer o grau de frequencia do testículo sífilítico. Esta frequencia igualaria, segundo os autôres, a da sífilis hepática.

Balme, publíca uma relação da clínica civil de Fournier, e, num total de 2300 observações, encontrou setenta casos de sarcocélo, isto é, um caso de sífilis do testículo em trinta casos de sífilis. Reclus cita numeros quasi análogos dados por Leprévost.

Para a epididimite, na opinião de Tedenat, a proporção seria maior ainda, porque, em trinta e dois sífilíticos constatou oito casos de epididimite específica.

Em que período a infecção sífilítica atinge ordinariamente o testículo?

Já dissemos, quanto á localisação sobre o epididimo, que a epididimite secundária precóce era contemporanea dos acidentes cutaneo-mucósos.

O sarcocélo sífilítico, regra geral, é um dos acidentes do período terciário, mas um acidente precóce; é bastante frequente vê-lo aparecer na fase secundo-terciária, coincidindo bastantes vezes com as manifestações oculares. Mas a invasão do testículo em pleno período secundário, ainda que excepcional, observa-se. Vidal de Cassis viu um sarcocélo no quinquagessimo dia da infecção; Nelaton, Curling e Hamilton observaram o começo de orquite intersticial ao fim de três mêses; Ricord encontrou alguns casos análogos e por isso afirmou que "o sarcocélo pertence aos acidentes terciários, pela natureza dos tecidos que afecta, e aos secundários pela época da sua aparição".

A frequencia máxima, na opinião de Reclus, cor-

responderia ao segundo, terceiro, e quarto ano; mas, não é raro constatar esta localisação testicular nos velhos sífilíticos, oito, dez e mesmo quinze anos depois do acidente primitivo. Com referencia á idade do doente, essa frequencia seria maior durante o período da actividade sexual, decrescendo á medida que a função genital enfraquecia.

Ainda outro ponto a discutir: a localisação testicular é a tradução duma infecção sífilítica grave?

Os factos clínicos parecem estabelecer que o sarcocélo sífilítico é a expressão duma sífilis forte, parecer emitido depois de conhecermos as observações registradas no Atlas iconográfico de Ricord, onde encontramos uma vez afectada a glandula espermática em trinta e cinco casos de sífilis benigna; e nas observações de sífilis grave, havia uma lesão do testículo em cada cinco ou seis casos.

Por vezes, a infecção é bastante benigna para não ter deixado lembrança na memoria ou qualquer vestígio no corpo e, no entanto, aparece o sarcocélo.

Porêm, parece estabelecido que o sarcocélo tem tanta mais razão de aparecer quanto mais maligna é a sífilis. Da actividade do treponema póde tambem depender a multiplicidade e o volume dos nódulos gomósos: quando o virus é pouco activo, os elementos proliferados ou migradôres cuja aparição provoca, organisam-se em neoformação fibrosa e temos a orquite

intersticial; mas, aumentando a energia do treponema, as células embrionarias acumulam-se e, como os vasos alterados não pódem satisfazer as exigencias da nutrição, dá-se a degenerescencia e mortificação das massas celulares constituindo-se então a gôma.

Resta-nos agora evocar um outro factor — o terreno. O mesmo agente, que num testículo ou numa porção do testículo, não determine mais que um ligeiro grau de escleróse, produzirá, numa outra glandula mais predisposta, uma ou mais gômas.

## Testículo sifilitico hereditário

Os acidentes terciários da sífilis podem invadir o epididimo e o tecido celular que o rodeia, o canal deferente e os diversos elementos do cordão espermático, o parenquima glandular e a albugínea. As gômas do cordão não são tão raras como julgam alguns autôres e a prova está em que Ricord, Verneiul, Kocher, Helot e outros, citam muitos dêsses casos. Quanto ás lesões sifilíticas epididimárias, mais adiante faremos as considerações que julgarmos indispensáveis, referindo-nos por agora á sífilis do testículo, assunto que nos vai merecer especial atenção.

Com efeito: Ha duas fórmas clínicas de sífilis tes-

ticular — a sífilis hereditária e a sífilis adquirida; mas, quer as toxinas sífilíticas sejam levadas ao sangue por hereditariedade ou nele introduzidas por uma sífilis adquirida, observa-se indiferentemente, a acção inicial e electiva dessas toxinas, sobre o elemento conjuntivo da glandula.

Esse tecido, na criança até á puberdade, e portanto no período em que o tecido glandular se encontra destituido de qualquer funcção secretôra, é o elemento preponderante, não sendo pois para estranhar que se torne a localisação de escolha para a heredo-sífilis; mas, no testículo adulto em que o elemento glandular entrou em plenas funções, não falta tambem o tecido conjunctivo, como vimos quando estudamos a anatomia do testículo. É exactamente sobre êste tecido conjunctivo que a infecção pelo treponema exerce uma irritação patogénica que leva ás formações fibrosas da orquite intersticial ou á produção de nódulos gomósos circunscritos, vindo de seguida as lesões glandulares que, como veremos, comprometem sériamente as funcções da glandula espermática.

A noção de *testículo sífilítico hereditário* é de data relativamente recente.

A primeira observação publicada sobre o assunto é devida a Gosselin e data de 1858; mas, foram principalmente os médicos ingleses North, Bryant, Tay-

lor, Holmes, etc., que mais contribuiram para espalhar esta nova noção.

Os primeiros exames microscópicos devem-se a Cornil e o resultado das suas investigações encontram-se no Manual de Histología Patológica devido a êste autôr de colaboração com Ranvier.

Em 1878, Hutinel publicou uma memória inspirada por Parrot, e que foi o trabalho mais completo sobre o assunto, não só pelo valor das observações clínicas, mas ainda pela precisão dos dados anatomo-patológicos.

Depois, foram publicadas, sobre o mesmo assunto um grande número de observações e lições clínicas, merecendo porém especial atenção — a monografia de Fournier sobre "sífilis hereditária tardía" publicada em 1886; o trabalho de Carpentier que apareceu em 1892; a tése de Seringe, e ainda as recentes investigações experimentais consignadas nas memórias de Uhlenhut e Muller, de Kock, de Bruckner e Galacesco, as duas últimas publicadas em 1910.

Este sarcocélo infantil é bastante frequente, mas se é certo observar-se desde a primeira infancia, constitue tambem por vezes uma manifestação tardía da sífilis hereditária; mas êste facto parece raro, pois Fournier em duzentas e doze observações encontrou apenas seis dêsses casos.

*Anatomia patológica.* — Foi Hutinel quem melhor

precisou as modificações anatómicas causadas pela sífilis hereditária nos testículos das crianças. Passamos a expôr resumidamente as considerações dêste autôr.

Com efeito: existe no testículo da criança dois tecidos diferentes, segundo a sua estrutura e segundo a sua função. Um, o tecido glandular, futuro tecido secretôr, dorme até á puberdade, enquanto que o outro, o tecido conjunctivo, é o único que toma parte no desenvolvimento da glandula nos indivíduos novos, sendo precisamente neste tecido que nas crianças se encontram os primeiros vestígios da sífilis hereditária. Excetuando o aumento de volume do testículo, não será facil ao observador desprevenido, descortinar lesões macroscopicas que lhe despertem a atenção, pois, o que caracterisa as lesões histológicas do testículo sífilítico hereditário — é a difusão regular do processo de proliferação conjunctiva, sendo por esse motivo dificilmente visiveis, ao córte, as modificações de estructura.

Hutinel diz ser habitual a bilateralidade destas lesões, garantindo que o diagnóstico clínico de unilateralidade mórbida é um êrro que será desfeito pelo exame microscópico.

Macroscopicamente: a glandula aparece congestionada, mais densa e mais resistente que normalmente, vendo-se na superfície de secção, numerósos orifícios

vasculares e pequenos pontos brancos tendo o aspecto de grãos de sémula.

Microscopicamente — dá-se a princípio uma infiltração de células redondas embrionárias do tipo de *plasmazellen,* mas infiltração difusa com predomínio perivascular e formando em certos pontos nódulos mais compactos, no centro dos quais as células degeneram. É o esboçar das formações gomósas, fenómeno que parece observar-se raras vezes no testículo infantil, pois que Hutinel, Fournier e Carpenter aponta-nos um número limitadissimo de casos.

Neste primeiro tempo, a glandula hipertrofia-se e torna-se dura, mas, a infiltração de células novas evoluciona progressivamente para a formação dum tecido conjunctivo adulto, cada vez mais esclerôso e retractil, dando-se uma verdadeira escleróse atrofica do testículo. É a evolução ordinaria das neoformações conjunctivas — á cirróse hipertrofica sucede a cirróse atrofica.

Os vasos apresentam tambem alterações sensiveis e assim aparecem as suas paredes muito espessadas por um processo de endo-perivascularíte que é uma das caracteristicas da afecção sífilítica.

Os tubos seminíferos são comprimidos pela proliferação conjunctiva e o seu epitélio necrósa-se e cái. O *epididimo,* na opinião de Seringe, é atingido pelo processo sífilítico em metade dos casos.

Nos casos de epididimite concomitante, não ha grandes lesões macroscopicas aparentes; existindo porém, como no testículo, alterações histologicas que são em resumo: lesões de epididimite intersticial.

O que predomina, repetimo-lo mais uma vez, são as lesões de orquite intersticial e de epididimite intersticial. Além destas lesões que são fundamentais, as gômas são raras. O fungo do testículo existe tambem na sífilis hereditária, mas mais raramente ainda que a gôma.

Muito mais raramente que o testículo e o epididimo vemos atingido o *canal deferente* e a *vaginal*. Bem mais vezes do que se pensa, esta contém um derrame e apresenta-se espessa, opaca, de côr leitósa, sem nunca apresentar aderencias ou sinfise total. Desde 1905 para cá, muitos autôres assinalaram a presença, do agente espiralar da sífilis, nos testículos dos sífilíticos hereditários e mais particularmente nas fórmas precóces, encontrando-se tanto no tecido conjunctivo perivascular, como nos tubos seminíferos (Gaucher).

*Sintomatologia* — A orquite sífilítica ou sarcocélo sífilítico, póde aparecer nos primeiros dias da vida e observar-se mesmo no momento do nascimento e coexistindo por vezes com outras manifestações de heredo-sífilis — sifílides cutaneas e mucósas; afecções osseas ou viscerais, sobretudo do lado do fígado; lesões dos centros nervosos ou dos órgãos dos sentidos.

Mas, o seu máximo de frequencia, observa-se entre o segundo e o sétimo mês, podendo tambem aparecer tardiamente aos dezanove, vinte e vinte e quatro anos, como o testemunham as observações de Seringe e as publicadas por Fournier na monografia sobre « *Sífilis hereditária tardía* ».

Nesta publicação lê-se: que a lesão testicular nos heredo-sífilíticos observados, era identica á que se constatava na sífilis adquirida, isto é, num escrôto, ordinàriamente são, palpa-se um testículo aumentado de volume; não dolorôso á palpação; de consistencia muito semelhante á das cartilagens, endurecimento que póde atingir toda a glandula, mas, habitualmente é parcial constituindo portanto ilhótas ou placas ao nível das quais a albugínea parece como que blindada por uma casca cartilaginósa muito dura, mas duma dureza sêca, compacta, condroide, que se não deixa deprimir sob o dedo. Aqui e ali, algumas irregularidades e desigualdades de superfície, constituidas por pequenos nódulos, *nódulos de Ricord,* que dão a sensação de grãos de chumbo encravados na albugínea e passando-lhe ligeiramente a superfície.

A epididimite acompanha bastantes vezes a orquite mas é raro que se observe uma semiologia de epididimite crónica franca. É excepcional encontrar-se epididimite independente de toda a participação do testículo, contudo, Comby e Moncorvo registam alguns

casos desses. É frequente a palpação do testículo e epididimo tornar-se dificil por causa dum pequeno derrame na vaginal, afirmando Seringe que esse hidrocélo existe num quarto dos casos.

Em virtude da notavel frequencia destes derrames, devemos pensar, sempre que estejamos em presença dum hidrocélo infantil cuja causa nos passou despercebida, se não se tratará de manifestações de heredo-sífilis. É regra geral, como já dissemos, encontrar os dois testículos atingidos, mas desigualmente: «esta dualidade da lesão é uma caracteristica da afecção, em oposição com a unilateralidade ordinária do sarcocélo adulto» (Forgue). A tuberculose e a sífilis do testículo da criança podem, em casos excepcionais, apresentarem-se em condições análogas.

A diferenciação será baseada sobre certos sinais proprios á sífilis, tais como — a bilateralidade habitual, a maior raridade da epididimite, das gômas, da deferentite e sobretudo a acção do iodêto de potássio e de mercúrio, medicação util quando se trata da sífilis, inutil e mesmo prejudicial quando se trata de tuberculose.

*Prognóstico.* — Independentemente do prognóstico sombrio que apresentam todas as variedades de lesões heredo-sífilíticas capaz de coexistirem com a localisação testicular, a orquite sífilítica do recem-nascido e da criança, é só por si, uma afecção grave, gravidade

que nos faz prever a anatomia patológica. Em virtude da fórma difusa da escleróse, o testículo infantil, (quando o tratamento não se opõe á marcha dessa escleróse,) atingido no seu desenvolvimento, é votado á atrofia total; e, como ha bilateralidade das lesões, dá-se uma castração sub-albugínea. Essa escleróse progressiva vai esmagar, sufocar, destruir os tubos seminíferos e sobretudo a *glandula interstícial*, cujo papel é tão importante no desenvolvimento do indivíduo. Ora sabe-se hoje, o papel importante desempenhado pelo testículo, graças á sua secreção interna, como regulador do movimento nutritivo, particularmente na época da puberdade. A esclerose testicular dupla póde pois determinar uma paragem do desenvolvimento, que poucas alterações determina na criança de tenra idade mas é "capaz de se traduzir ulteriormente por todos os sinais exteriores que constituem o infantilismo".

É um verdadeiro infantilismo adquirido, secundário á escleróse testicular.

Estas crianças apresentam-se sem resistencia orgánica, incapazes de lutarem contra as infecções.

Brissaud diz: o infantilismo é uma anomalia do desenvolvimento caracterisada pela persistencia, nos indivíduos que atingiram ou passaram a idade da puberdade, dos caractéres morfológicos pertencentes á infancia. Este retardamento do desenvolvimento físico tem, em geral, por corolário um retardamento do de-

senvolvimento psíquico. Dentro desta fórmula, cabe, um tipo de distrofia genito glandular, isto é, um tipo em que os sinais do infantilismo estão primitivamente subordinados a uma alteração testicular e dizemos primitivamente, por sabermos da interrelação funcional das diversas glandulas de secreção interna com as genitais, donde resultar secundariamente alterações das restantes glandulas.

Na sua exterioração, o infantilismo assinala-se pela conformação especial do corpo, que é a peculiar á infancia, quando o indivíduo já transpoz, e de muito, aquele período de evolução.

É infantil o indivíduo que apresenta em certo período da vida os caractéres proprios de uma época anterior, devendo portanto ser considerado, não como exemplo de atavismo ou de regressão, mas como uma fórma de *hetero-cronismo.*

Convém notar que, nem sempre a esfera psíquica é tão fundamente atingida como a somática, porque, se é certo, no maior número dos casos, observar-se debilidade intelectual, insuficiencia da vontade, indolencia do caractér, etc., nem sempre são tais caractéres muito pronunciados, e, como o demonstrou Souques, as faculdades de raciocínio ficam geralmente em nível superior ao da criança.

« L'infantilisme est avant tout un syndrome somatique » (Souques).

A patogenía dêsse tipo infantil é hoje ainda motivo de discussão o que equivale a dizer ser questão ainda por resolver em definitivo, o que não quer dizer, contudo, que não se tenha caminhado bastante no sentido da verdade.

Brissaud e Hertaghe salientaram a importancia da alteração tireoidiana na produção do infantilismo, porém, á doutrina exclusivista prégada por esses autôres, opuzeram-se os trabalhos de Henry Meige que chegou a demonstrar a possibilidade do infantilismo por disturbios endocrinos nomeadamente da glandula genital. Diz o ilustre neurologista francez: «Mais il serait prematuré, a l'heure actuelle, d'affirmer l'origine exclusivement hypo-orchidienne de l'infantilisme.

On doit seulemente prévoir que la glande génital, soit directement, soit indirectement, n'est pas etrangère à la production de cet état somatique.»

Na mesma ordem de ideias, quanto á intervenção da glandula genital na feitura do infantilismo, encontramos Souques, que aí vê o factor preponderante. Do estudo das relações do infantilismo com a secreção interna do testículo, conclue o referido autor: «As razões clínicas que invoquei, parecem estabelecer o papel exclusivo da glandula intersticial do testículo e demonstrar que o *infantilismo é sempre devido á insuficiencia da sua secreção interna.*»

Weill descreve o infantilismo ligado á paragem

de desenvolvimento do testículo « *infantilismo por agenesia genital* ».

Na mesma patogenía filia Seitz alguns casos de infantilismo.

Outros autôres reforçam com as suas opiniões a tése que vimos sustentanto, destacando entre os muitos Zambaco Pacha, Vigourox e Delma, etc.

Como se vê, ha elementos de sóbra para se admitir no vasto grupo dos infantilismos um tipo de origem genital, a que chamamos — *tipo infantil de distrofia genito-glandular* — e é exactamente esse infantilismo genital o observado nos heredo-sífilíticos, portadores de lesões graves dos testículos, a que acidentalmente fizemos sumárias referencias.

## Sifilis adquirida do epididimo e testiculo

*História.* — As localisações testiculares da sífilis e da blenorragia, que a identidade de origem admitida outrora entre as diversas doenças venereas fazia confundir, foram separadas, sob o ponto de vista clínico, em 1802, por Benjamim Bell. « Gonorreia e sífilis são doenças distintas; a orquite que deriva da primeira deve ser separada do sarcocélo que provoca a segunda; a marcha francamente inflamatória duma, nada tem de comum com a evolução fria e indolôr da outra. »

Astley Cooper confirma esta distinção nas suas « *Oeuvres chirurgicales* » e Dupuytren separa tambem o sarcocélo de origem sífilítica da orquite consecutiva

á blenorragia, precisa o diagnóstico, insiste sobre a hipostesía do testículo esclerôso e diz serem tais as semelhanças com os tumores malignos, que, para evitar erros frequentes, antes da ablação dum testículo reputado canceroso, deve ser prescrito um tratamento antisífilítico. Estes considerandos, véem largamente expostos nas «*Lições orais*» de Dupuytren.

É a estes dois últimos autôres que cabe a honra de terem fixado os sintômas ao sarcocélo sífilítico, de lhe estudarem a marcha e lhe determinarem a natureza, vindo depois a ser completado o estudo pelos trabalhos de Vidal, Ricord, Curling, Gosselin, etc., devendo salientar-se, contudo, os de Ricord.

Porém, facto estranho e até curioso, se patenteia a nossos olhos, até na obra de Ricord, a doutrina, sã no comêço, altera-se depois.

Em 1840 fez uma descrição perfeita, magistral do sarcocélo sífilítico de que transcreveremos para aqui algumas linhas: O sarcocélo, acidente da sífilis constitucional, pertence ao terciarismo pela natureza dos tecidos que afecta; aproxima-se das manifestações secundárias pela época da sua aparição. Reveste duas fórmas: uma é caracterisada pelo espessamento da albugínea e do esqueleto fibrôso da glandula; a outra, *cuja terminação ordinária* é a *fusão purulenta*, consiste no desenvolvimento da gôma no seio do testículo e do epididimo. Á primeira variedade póde dar-se o

nome de *orquite sífilítica* ou melhor de *albuginite;* á segunda o nome de *gôma do testículo*. Falando desta última, diz "que situada na espessura do epididimo ou no corpo do testículo, a bosseladura pronuncia-se cada vez mais, torna-se irregular, inflama-se e supura; constitue um pequeno abcesso indolôr que permite a eleminação da gôma, ficando no seu logar uma úlcera fistulosa muito semelhante á que se observa depois da fusão dos tubérculos". Eis alguns pontos do quadro clínico que escritôres contemporáneos téem copiado.

Cinco anos mais tarde, em 1845, Ricord, muda de opinião sem se justificar, e formúla, como lei geral, "*que o testículo sífilítico nunca supura*". Desaparece pois a fórma gomósa e, em escritos ulteriores, diz que as ulcerações do escrôto provéem da fusão dum tubérculo, ou duma gôma das bolsas e até mesmo da albugínea, mas nunca do parenquima glandular. A propósito de semelhante reviravolta diz Reclus: nenhuma víscera, nem mesmo o coração, escapa ao sífilôma e daí ignorar porque bizarra exclusão a glandula espermática, foi declarada inapta ao desenvolvimento da gôma. Mas as contradições de Ricord não ficam só por aqui!

Em 1840 afirma ter visto muito bem as alterações do epididimo e "as suas pequenas bosseladuras, que é preciso evitar confundir com os engorgitamentos

que sucedem á propagação da blenorragia". Mais adiante diz que o canal deferente póde ser atingido. Pois apezar de tudo, agora nega em absoluto as alterações do epididimo e mesmo do canal deferente. Laborava num êrro, embora fôsse dotado duma notavel cerebração, mas, a autoridade de Ricord era tal, que essa segunda opinião prevaleceu durante trinta longos anos, e, o que é mais extraordinário, é que foi admitida com o rigor dum dogma. Astro poderoso á volta do qual gravitavam asteroides em servilismo...

Trabalhos publicados nesse período, demonstram as alterações do epididimo e do canal deferente, porém, as opiniões de Gosselin, Virchow, Lancereaux, e tantos outros vão alicerçar a noção errada de Ricord.

Em 1858 Rollet tenta reconstituir a evolução completa da gôma do testículo e lança a suspeita da supuração do testículo.

Langlebert falando do sarcocélo sífilítico diz que ele nunca supura, apezar da asserção contrária emitida por Rollet.

Quando, por acaso, se produz essa terminação, é que existe, quer nas bôlsas ou no tecido celular visinho do testículo, algum tumôr gomôso ou ainda tubérculos cuja presença era desconhecida. É ainda opinião de Langlebert, que o fungo benigno do testículo, considerado por Rollet como umas das *suites* do sar-

cocélo sífilítico, pertence exclusivamente á orquite blenorragica.

Afirmações gratuitas, sem valor nem documentação clínica, mas exclusivamente resultado da sugestão levada a muitos espíritos pelo êrro dum mestre!

Vem finalmente um período em que as trevas se tornam menos densas, algumas estrêlas scintilam no azul infinito, e esboça-se lá ao longe, no horizonte, o dôce clarão da verdade...

Primeiro, Kocher (de Berne) contesta formalmente a asserção de Virchow, de que o testículo sífilítico não se ulcéra, e afirma que a péle se infiltra dum exsudato sólido, tórna-se vermelha, perde a sua habitual molêza e abre-se, saíndo uma pequena quantidade de líquido sero-purulento misturado com pedaços de tecido. A fístula fica aberta, muitas vezes durante mêses, mas a sua secreção é pouco abundante. Terrilon e Reynier nas observações publicadas em 1878 e em 1879 afirmaram a supuração dos sifilômas testiculares.

Reclus opõe-se tambem á doutrina de Ricord e na sua memória fundamental publicada em 1882 estuda a gôma do testículo e a sua supuração; num artigo escrito de colaboração com Malassez, precisou as lesões histológicas da sífilis testicular.

Esta memória é ainda hoje, o documento mais completo que se conhece sobre o assunto, e trabalhos ul-

teriores não téem feito senão confirmar plenamente as uas asserções.

Começam esses autôres por afirmar que o sarcocélo póde ter um comêço francamente inflamatório o que faz com que deixe de constituir um caractér patognomico de tumôr sífilítico, a ausencia da dôr. Inumeras observações confirmam esta asserção.

Falam tambem os sífilígrafos em gôma do testículo e orquite esclerósa ou intersticial como lesões perfeitamente distintas, mas as investigações microscópicas e até o exame cuidado á vista desarmada, demonstram muitas vezes a existencia de pequenos fócos gomosos no meio do parenquima esclerosado, devendo portanto ser tomada como regra a coexistencia da gôma e escleróse. Brissaud contesta esta lei formulada por Reclus, alegando que procurara em vão essas gômas microscópicas num testículo cujo congénere era a séde de grandes nucleos caseósos, mas Reclus argumentou que o processo atrófico era já muito antigo e as pequenas massas podiam já ter sido reabsorvidas.

Sempre, á volta das massas caseósas justapõem-se camadas concentricas de tecido fibrôso de onde irradiam láminas ou cordões semelhantes aos da orquite intersticial. Podemos dizer duma maneira geral, que a sífilis do testículo obedece ás leis da evolução da sífilis terciária. «É uma orquite *esclero-gomósa;* não ha nunca gôma sem escleróse e é raro encontrar escleróse

sem gôma". Ao exame macroscópico o facto póde parecer duvidoso, torna-se porém evidente ao exame microscópico. As razões que vimos expondo como resultado de numerosas observações feitas por Reclus e Malassez, permitem-nos designar a antiga orquite intersticial sob o nome de — *sarcocélo esclero-gomôso.* O sarcocélo póde ter diversas terminações: a resolução é a regra, quando submetido ao tratamento enérgico; a atrofia, frequente quando a sífilis não é combatida; e enfim, a supuração que leva ás fistulas e aos fungos. Para Reclus a supuração é uma terminação rara da orquite esclero-gomósa mas constatada e demonstrada pela grande maioria dos médicos.

## Anatomia patológica

*Lesões do epididimo* — As alterações do epididimo são raras, na fórma puramente esclerósa, porque, se a princípio êste orgão parece ter desaparecido no meio das massas fibrosas, a dissecção prova-nos que está quasi normal.

Descreve-se uma variedade clínica de epididimite sífilítica terciária com integridade do testículo. Delahaye supõe tratar-se duma infiltração esclero-gomósa intertubular, nomeadamente peri-epididimária, apresentando-se sob a fórma de um ou muitos endurecimentos, de consistencia e volume variaveis, susceptiveis de amolecerem e dar origem a um carnicão gomôso e, de seguida ulceração dos tecidos que os recobrem.

Mais habitualmente, o epididimo fica normal, e, como o testículo se atrofia, parece que o epididimo o recobre quasi completamente. Por vezes, aparece anemiado e esbranquiçado, ficando intacta a sua permeabilidade, tendo visto Reclus uma coluna de mercúrio atravessar o tubo epididimário para penetrar até ao nível dos cónes eferentes!

A estatística de Fournier, começa a abalar seriamente a opinião emitida por Reclus de que excepcionalmente o epididimo seja tocado. O inverso é que parece ser verdadeiro.

*Alterações da vaginal.* — Dron falando das epididimites, declarou que nunca havia derrame concomitantemente, mas Tedenat não se conformou com essa opinião, porque vira por três vezes, o hidrocélo coincidir com um sifilôma nodular, tendo Reclus observado dois casos identicos. Houve um período em que se julgava ser regra o hidrocélo no sarcocélo esclero-gomôso, mas, as estatísticas sabiamente elaboradas contestam semelhante lei. No entanto, nos sarcocélos de comêço, essa complicação é bastante frequente, mas nos últimos períodos é rara.

Reclus, Virchow, Rollet e Kocher, notaram, que quando a orquite envelhece, dá-se a fusão dos folhetos da serósa, os seus tecidos espessam-se, e a glandula só póde separar-se dela por delicada disseção. Por vezes, esse envolucro fórma uma membrana única de

aspecto fibro-cartilaginoso, espécie de ganga que circunscreve o testículo, o epididimo e canal deferente. É uma verdadeira paquivaginalite; os tecidos neoformados são irrigados por numerosos capilares, mas, com a particularidade de serem muito frágeis, encontrando-se reúnidas as condições proprias para o desenvolvimento do hematocélo da vaginal. Podemos pois colocar a sífilis entre as causas possiveis das vaginalites hemorragíparas.

Seriemos os fenómenos — Velpeau dizia que a hemorragía era o ponto de partida, porém hoje é seguida unanimemente a concepção de Boyer — a paquivaginalite aparece primeiro, os vasos da neomembrana rompem-se e o sangue faz erupção na vaginal, de maneira que a hemorragía é uma complicação e nunca o facto inicial.

*Lesões do cordão.* — O cordão espermático não escapa ás lesões da sífilis genital, notando-se especialmente alterações do canal deferente, semelhante ás que acabamos de descrever para o epididimo. Alguns autôres citam ainda casos em que o cordão se apresentava duro e com nódulos; contudo, estas lesões não são frequentes.

*Lesões do testículo.* — Como já dissemos, durante muitos anos que se distinguiam duas variedades de sifilóse testicular: a fórma escleróse (orquite intersticial) e a fórma gomósa.

Demonstramos já a coexistencia dos dois processos lesionais e as contestações resultam: de exames feitos muito superficialmente, por serem algumas vezes muito dificilmente visiveis os nódulos; ou ainda da época em que se examina a glandula, pois que, em período muito adiantado, póde ter-se dado a reabsorção completa do sifilôma.

O testículo sífilítico, *no período de orquite intersticial com hipertrofia*, apresenta-se aumentado de volume, atingindo muitas vezes o tamanho dum ovo de galinha; de parenquima muito consistente, resistindo a uma tracção ainda que inérgica. Os vasos desenham-se sobre a superfície de secção, mas, em vez de seguirem os feixes fibrósos dos septos, como na glandula normal, divergem em leque nos tecidos neoformados. A invasão esclerósa raramente se faz dum modo regular, de maneira que se vêem muitas vezes verdadeiras cordas tendinósas circunscreverem espaços onde persistem os tubos seminíferos. Algumas vezes as alterações atingem dois terços, metade ou até só um terço do testículo, aparecendo, como o constatou Brissaud, o resto do testículo intacto. Mas em oposição, observam-se tambem atrofias completas. A albugínea espessada, não póde ser separada nem da serósa, nem da glandula com a qual as suas fibras se continuam; a sua superfície tem um aspecto cicatricial, correspondendo as depressões a espécie de tendões que, do corpo de Highmore, se vão

inserir á face interna da membrana envolvente, puxada e deprimida por essas cordas. Não ha já tubos seminíferos: é uma espécie de fibrôma irregular, de dureza lenhosa, rangendo ao córte.

Eis macroscopicamente o tipo anatómico esquemático da orquite esclerósa intersticial que estamos bem longe de observar no estado de pureza. É comum, encontrar disseminadas no testículo, algumas gômas de aspecto amarelado, do tamanho de cabeças de alfinetes ou de pequenas ervilhas, aglomeradas ou separadas por baixo do tecido conjunctivo.

Fica assim justificada a designação de *orquite esclero-gomósa* dada por Reclus.

Seriemos as alterações sofridas pelo parenquima. No comêço dá-se uma hiperplasia dos elementos conjunctivos da glandula; os canalículos ficam mergulhados no meio dêste tecido fibrôso de neoformação e não ficam estranhos a êste trabalho; hipertrofiam-se, tomam uma aparencia fibrósa, e o seu calibre fica reduzido. As duas túnicas, tomam parte nessa hipertrofia: multiplicaram-se as lamélas da camada externa e tornaram-se bem mais numerosos os seus elementos celulares; a membrana propria, que é dificilmente visivel nos tubos sãos, espessou-se, igualando a túnica externa ou até passando-a, quando as alterações são avançadas. Como a túnica interna não tem livre expansão

a não ser para dentro, pregueia-se e fórma festos que obliteram a luz já muito reduzida.

A diminuição de calibre de tubo é devida: á hipertrofía da sua parede e ao pregueamento da membrana propria.

A princípio, a luz do canal não desaparece; o revestimento epitelial perdeu os seus caractéres normais encontrando-se em sua substituição células volumosas com protoplasma granuloso e cheio de goticulas de gordura. Mais tarde, quando as lesões progrediram, não existe já cavidade e o tubo encontra-se cheio duma massa onde não se encontram já os contórnos dos elementos celulares, cujos nucleos em plena degenerescencia estão quasi destruidos.

Finalmente, póde desaparecer o epitélio e os festos da membrana propria chegam ao contacto e fundem-se. O canal seminífero torna-se um verdadeiro cordão fibroso e tende a confundir-se com o tecido intersticial visinho de que dificilmente se distinguirá.

Paralelamente ás lesões dos tubos seminíferos, lesões análogas se desenvolvem nos vasos da glandula, até os transformarem tambem em cordões fibrosos impermeaveis. Brissaud pensa que os vasos são até ponto de partida da afecção.

As lesões vasculares, diminuindo ou suprimindo a nutrição da glandula, contribuem para a sua atrofia

sendo, de resto, êste o último estado para que tende a sífilis testicular. A glandula genital, privada de toda a funcção, sofre uma "castração subalbugínea" como o afirmou Ricord.

Ora êste tipo de escleróse difusa, que é proprio mais do testículo heredo-sífilítico, antes de conduzir á atrofía do testículo, acompanha-se da formação de *gômas.*

"O derrame de matéria fibro-plastica que a princípio se desenvolve sobre a túnica albugínica, para de seguida invadir o proprio testículo" como dizia Langlebert, combina-se com uma formação nodular circunscrita — *gôma testicular*. As gômas encontram-se no meio do tecido esclerôso, e vão, desde os pequenos nódulos que mal se distinguem, até ás massas caseósas infiltrando na sua quasi totalidade a glandula.

Vêem-se nódulos formados unicamente de pequenas células redondas com protoplasma pouco abundante, nucleo volumoso e cheio de granulações. No meio destas pequenas células, encontram-se algumas vezes células maiores e mais ricas em protoplasma. Agrupando-se essas células constitue-se uma primeira variedade de nódulos sífilíticos que se encontram no tecido intersticial, separados dos tubos seminíferos e dos grandes vasos por neoformações conjuntivas.

Quando essas massas são muito pequenas téem a fórma arredondada e os limites precisos ou difusos;

quando são volumosos, êsses depositos infiltram-se entre os tubos e os grandes vasos e perdem então a sua superfície esférica. As células embrionárias que os constituem tomam um aspéto granuloso, alteram-se e formam pequenas massas amareladas.

O caractér importante dêstes nódulos, é a sua tendencia á confluencia, para formar massas cujo volume varía desde a cabeça dum alfinete, um grão de chumbo, até aos depositos caseosos do tamanho duma avelã, massa que é ordinariamente arredondada, com limites indecisos continuando-se com o tecido ambiente: é a verdadeira *gôma.*

Segundo a idade da sua evolução, a gôma muda de aspecto: no estado de neoformação é cinzenta, rósea ou amarela com fibras fazendo lembrar a carne do ananaz, contrastando com a côr cinzenta do betume ou o branco opáco do macarrão crú, característico dos fócos tuberculosos. Envelhecendo, a gôma amarelece e desagrega-se e no centro dá-se uma degenerescencia gránulo-gordurosa. Em volta da gôma o tecido testicular reage pela formação de tecido fibroso que isóla, da parte doente, as partes sãs.

O exame microscópico demonstrou que as lesões são sempre identicas seja qual fôr o seu tamanho.

Reclus, viu, nas preparações coradas com picrocarminato ou purpurina, que nas partes caseificadas se

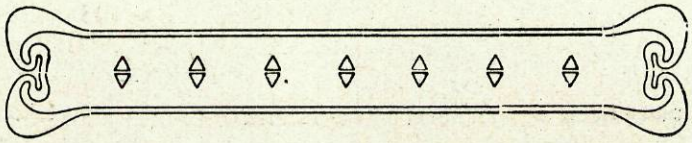
justapõem, da periferia para o centro, muitas zonas de aspecto diferente.

Vê-se: primeiro — uma zona fibrósa espessa e resistente, constituida por tecido testicular esclerosado na qual podemos encontrar restos de tubos espermaticos; segundo — zona vermelha tambem com láminas fibrósas, mas menos espessas, células conjunctivas proliferadas e ilhotas de células migradoras; terceiro — uma zona clara que limita as massas mortificadas; quarto — uma parte central, caseificada ou mesmo francamente amolecida, amarelada e de consistencia comparável á solução da gôma arábica.

Essa mortificação reconhece duas causas principais: o depósito duma grande quantidade de elementos novos, apertados uns contra os outros, necessita de maior abundancia de suco para que a nutrição seja regular; de outra parte, os vasos encarregados de transportar estes sucos, téem um calibre menor deixando passar pouco sangue, e as suas paredes espessadas retardam as trocas moleculares.

Ha pois maiores necessidades e diminuição de recursos e por isso se dá a caseificação. A gôma assim constituida, ou cura por resolução, reabsorvendo-se a parte central, ou então amoléce e esvasía-se para o exterior dando logar a uma fístula mais ou menos persistente.

Mais adiante falaremos detalhadamente neste último processo de terminação.



## Sintomatologia

*Epididimite sífilítica secundária.* — A epididimite sífilítica foi por muito tempo considerada como consecutiva á invasão do testículo, mas, em 1863, Dron insurgiu-se contra esta lei, procurando demonstrar que póde existir uma epididimite independente do sarcocélo, no que foi apoiado por Fournier, Tanturri, Balme, Reclus, Taylor e muitos outros, aparecendo ainda nessa ocasião Sigmund e Kocher que contestaram a sífilis primitiva do epididimo.

Investigações ulteriores levaram á convicção de que Dron estava na verdade, mesmo quando afirmava que «um tumôr indolôr, duro, de pequeno volume, de su-

perfície irregular e bosselado, ocupando a cabeça do epididimo e isolado do testículo", se frequentemente era contemporaneo dos acidentes secundários, póde no entanto fazer a sua aparição um pouco tardiamente mesmo no segundo ou terceiro ano da infecção e daí julgar-se a denominação de "*epididimite secundária*" preconisada por Fournier, como não correspondendo á verdade.

Constatam-se os factos, registram-se as alterações mórbidas, mas fica ignorada a causa ou causas que provocam um despertar, umas vezes tão precóce, dessas manifestações e tão tardío outras.

A relativa raridade da sífilis epididimária contrasta com a frequencia da tuberculose do mesmo orgão. Ricord dizia: "quando o testículo é atingido de tuberculose ha sempre massas ceseósas no epididimo." Reclus afirma que todas as vezes que o epididimo é afectado pela sífilis, o testículo é atacado mais profundamente.

*Sintomatología.* — A epididimite sífilítica secundária, aparece em média três mêses e meio depois do cancro e pelos resumos das estatísticas de Dron, Fournier, Balme, Tedenat e Cuilleret, reconhece-se que é mais vezes unilateral que bilateral.

Este último autôr descreve-lhe três fórmas clínicas: *crónica, sub-aguda* e *aguda*, isto pela ordem cronológica da sua frequencia.

Na fórma *crónica* a afecção é indolôr em absoluto

e traduz-se unicamente pela existencia duma tumefacção, com séde habitual na cabeça do epididimo, e só excepcionalmente localisada na cauda ou invadindo todo o orgão. Essa tumefacção, com o volume aproximado dum feijão, duma fava e mais raramente duma azeitona, apresenta-se de superfície lisa, fórma ovalar ou arredondada, dura, indolôr, deixando habitualmente indemnes o testículo, a vaginal, o escrôto e o cordão. Só excepcionalmente (treze por cento dos casos) aparece atingido tambem o testículo, que se apresenta com ligeira tumefacção ou ainda, caso mais raro, póde observar-se um pequeno derrame da vaginal.

É a fórma fria, indolôr, que acabamos de descrever, aquela que mais aparece e que menos incomóda o doente, razão porque quasi sempre é o médico quem constáta a lesão antes que o doente dê por isso.

Ainda que em circunstancias raras, esta epididimite póde revestir a fórma *sub-aguda*, que coincide muitas vezes com uma *poussée* bastante intensa de acidentes sífilíticos.

Os caractéres clínicos são os da fórma crónica, distinguindo-se dela todavia, por uma ligeira tumefacção das bôlsas, sensação dolorosa á palpação e alguns fenómenos subjectivos como: sensação de pêso nas bôlsas e dôres surdas ao nível do epididimo e ao longo do cordão, fenómenos que se exacerbam com a marcha e com a permanencia do doente em pé.

A fórma *aguda* recorda, pela sintomatología, o início duma epididimite blenorrágica e o doente queixa-se de dôres expontáneas intensas, dôres fortes á pressão, impossibilidade de marchar, tumefacção e rubefacção das bôlsas; epididimo infiltrado em toda a sua extensão nomeadamente ao nível da cabeça, mas distinguindo-se bem do testículo. Esta sintomatología mantem-se durante oito ou dez dias, findos os quais, a afecção passa ao estado sub-agudo e não tarda a passar á crónicidade, que é, como já dissemos, a fórma mais frequente.

*Evolução e marcha.* — É uma lesão que nunca súpura nem leva á degenerescencia gomósa, nem á ulceração, terminando sempre pela resolução, ainda que sem tratamento algum, e num período mais ou menos longo, cujos limites não se pódem estabelecer por falta de observações. O que ha de mais característico é a regressão rápida de todas as modalidades clínicas sob a influência do tratamento específico.

Quando a lesão aparece tardiamente, resiste mais á influência do tratamento e fica na cabeça do epididimo um nódulo duro.

As funcções genitais ficam intactas, o espérma contém sempre espérmatozoides e não é impedida a sua excreção.

A tumefacção do epididimo complica-se por vezes de vaginalite — ora sêca e caracterisada por atritos, ou acompanhada de derrame mais ou menos abundante.

Tedenat observou um caso de epididimite sífilítica com hematocélo.

Para o diagnóstico diferencial entre a epididimite secundária sífilítica e as outras afecções do epididimo como: nódulos de epididimite blenorrágica, epididimite tuberculosa ou quistos da cabeça do epididimo, não precisamos de recorrer a mais do que aos anamenésticos e á eficácia ou ineficácia do tratamento específico.

Apresentamos a seguir a observação dum doente portador da afecção cujo quadro clínico acabámos de traçar.

**Observação V.** — R. O. 32 anos, casado, natural de Gaia.

*Sintômas subjectivos.* — Astenía, cefalalgias frontais com exacerbação vesperal; dôres surdas nas massas musculares e articulações dos membros inferiores, exageradas pela marcha; queda do cabelo.

*Sintômas objectivos.* — Alopécia craniána em clareira, manchas acastanhadas e circulares respectivamente ao nível do apendice xifoide, junto do umbigo e a meio da face externa da côxa direita.

No dôrso, lombos, e no couro cabeludo ao nível do bregma, crôstas circulares espessas e acastanhadas, tendo o tamanho aproximado das moedas de dez tostões, duras e muito aderentes, por baixo das quais se encontram ulcerações de bórdos tambem circulares,

pouco profundas, de fundo liso, avermelhado e exsudando goticulas de pús.

*Palpação.* — Ausencia de dôr á palpação na periferia das úlceras; crístas das tíbias rugosas e espessas; adenopatía poliganglionar inguinal dupla, com os ganglios duros, indolôres e móveis. Ganglios carotidios e sub-maxilares tumefactos mas indolôres.

*Orgãos genitais.* — Asimetria das bôlsas testiculares, encontrando-se mais distendida a metade esquerda. Veinulação acentuada do escrôto, nomeadamente á esquerda.

Testículo esquerdo ligeiramente aumentado de volume, de superfície lisa e pouco doloroso. Epididimo correspondente, espessado e apresentando ao nível da cabeça um nódulo do tamanho dum grão de ervilha, regularmente redondo, de superfície lisa, completamente indolôr.

Disseminados pela superfície da glande, notam-se depressões cicatriciais pouco profundas de bórdos nítidos, arredondados e fundo liso e violaceo. A maior de todas, apresenta a configuração dum godet e tem por centro o meáto urinário.

Os tecidos sobre que assentam essas cicatrizes téem a consistencia normal. Erecção e ejaculações íntegras.

*Aparelho circulatório.* — Pulso tenso, ritmico e de frequencia normal (78). Ruidos cardiacos vibrantes.

*Aparelho respiratório.* — Sub-macissez na base do

pulmão esquerdo; aumento de vibrações vocais nesse nível; diminuição de murmúrio e atritos pleurais. Pleurodinias.

*História do doente.* — Varíola em criança.

Ha seis anos teve uma pneumonía esquerda (pneumonía da base) e que se repetiu no mesmo logar passados dois anos. Apoz alguns mêses, segunda pneumonía. Oito dias depois dum coito suspeito, quatro cancros moles com localisação na face mucósa do prepúcio, perto do seu bórdo livre, e um cancro duro na glande, de que estava curado ao fim de um mês de tratamento local.

Dois anos mais tarde adeníte inguinal direita supurada preexistindo condilômas do prepúcio, do lado da face mucósa, mas junto da base.

A partir de então teve, por várias vezes, pequenas úlceras circulares e pouco profundas na glande e cujos vestígios são as depressões cicatriciais a que fazemos referência no estado actual.

Ha quatro mêses fortes dôres de garganta que se exacerbavam com a deglutição e simultáneamente adenopatía aflegmásica dos ganglios sub-maxilares; miastenía, dôres ósseas, nomeadamente nos dos membros inferiores; alopécia craniána em clareira e cefalalgias que aumentavam de intensidade durante a noite e que o obrigavam a vigílias.

Ha dois mêses iníciaram o seu aparecimento as ul-

cerações de que falámos no estado actual e que começaram por umas pequenas bôlhas que depois se abriram, deixando saír líquido sero-purulento, não tardando que uma crôsta recobrisse as ulcerações que ficavam a descoberto.

*Diagnóstico.* — A lesão epididimária tem todos os caractéres duma *epididimite secundária sifilítica* mas aparecendo tardiamente o que, embora raro, aparece por vezes.

As lesões dos lombos, dôrso e couro cabeludo, não são mais que sifílides ulcerósas ou crustósas, mas secundárias, porque são — muito superficiais, apresentam o fundo liso e sem infiltração dos tecidos á volta, nem grande supuração, ao passo que as sifílides ulcerósas terciárias são — profundas, de fundo anfractuoso, com tecidos periférios infiltrados, duros, etc.

*Tratamento.* — Injecções de benzoáto de mercúrio doseadas a dois centigramas por c. c. Gargarejo de cloráto de potássa.

*Evolução e marcha,* — Ao fim de vinte dias de tratamento as crôstas caíram, ficando uma cicatriz perfeitamente lisa e de côr rósea ao nível das sifílides e o nódulo epididimário reduziu-se pouco e pouco até que se tornou quasi imperceptivel.

*Epididimite sifilítica terceária.* — Esta afecção é bem mais frequente do que outrora se julgava e desta

mesma opinião são: Dron, Rollet, Allen, Gonnart e Delahaye.

Reveste em geral a fórma sub-aguda mas póde evoluir a frio.

A mais das vezes é unilateral e estende-se a todo o epididimo, vendo-se nalguns casos ter a sua séde na cabeça e mais raramente na cauda do orgão. Clínicamente traduz-se, em regra, pelo aparecimento dum nódulo duro ou até dum cordão indolôr, mas ficando nitidamente separado do testículo e localisado apenas a um epididimo; porém Persen viu os dois orgãos atacados simultaneamente.

O epididimo assim atingido, é susceptivel de amolecer, dá-se a ulceração dos tecidos que o recóbrem, saíndo então o carnicão gomôso.

É benigno o prognóstico desta lesão porque cura facilmente pelo tratamento mixto. É um caracter que a liga á afecção secundária.

*Orquite sífilítica.* — Fournier e Berdal diziam existir duas fórmas de sífilose do testículo: a fórma esclerosa, que era a mais frequente, e a fórma gomósa.

Reclus considera duas variedades de orquites sífilíticas: *a orquite esclero-gomósa não supurada* que corresponde á antiga orquite intersticial, ao sarcocélo escleroso de Berdal e Fournier, e ao testículo sífilítico propriamente dito; e a fórma *esclero-gomósa supurada.*

A sífilis invade o testículo no período terciário com

uma lentidão insidiosa absolutamente característica, de modo que, não são os fenómenos inflamatórios ou dolorosos que despertam a atenção do doente, mas simplesmente o pêso no escrôto e o aumento de volume do testículo, rasão porque, já Ricord, dizia que convinha vigiar os testículos dos sífilíticos.

Porém, registram-se casos em que, desde o começo da afecção, aparecem dôres irradiando para a virilha ou côxa e exacerbadas pela compresão ou movimentos do testículo.

São muito raros os casos em que o sarcocélo começa com uma acuidade tal que simula uma orquite aguda — de repente o doente sente uma dôr viva no testículo e na região inguinal, o testículo duplica ou triplica de volume, torna-se muito sensivel á pressão, o escrôto edemacia-se e rubefaz-se. Ha observações dêste género na memória de Reclus, na tése de Cassine e na observação de Massabreau publicada em 1908.

Esses fenómenos agudos duram apenas cinco ou seis dias, findos os quais, a afecção toma a sua marcha lenta habitual. Excepcionalmente, vê-se interromper a marcha tórpida da afecção, fenómenos agudos semelhantes aos anteriormente apontados. Esses fenómenos dolorósos acompanham-se de vaginalite com derrame, porém, o líquido reabsorve-se logo que cessaram os fenómenos agudos. Cassine diz que esta orquite sífilítica aguda se vê sobretudo nos casos de sífilis grave.

Na prática, é quasi a orquite crónica a unicamente observada e por isso damos de seguida os sinais desta fórma.

No comêço, o escrôto não apresenta qualquer alteração, apenas aparece distendido e essa distenção acentua-se quando fôrem invadidas as duas glandulas, que é o mais frequente. Mais tarde, o escrôto espessa-se, adére ligeiramente ao testículo, toma uma côr escura, e se ha hidrocélo da vaginal ou um grande aumento de volume do testículo, adelgáça-se e apresenta-se fortemente veinulado.

Tem sido assunto de grande discussão a existência do hidrocélo na sífilis testicular. Alguns auctôres fazem do hidrocélo um sintôma habitual da orquite esclerogomósa e Gosselin e Boursier dão-lhe um grande valor, sob o ponto de vista do diagnóstico, considerando o derrame como um dos melhores sinais para determinar a origem sífilítica dum tumôr testicular.

Reclus depois de várias considerações sobre o assunto diz que «a grande maioria das orquites sífilíticas são acompanhadas, num período qualquer, dum derrame serôso; mas, êste derrame reabsorve-se e, uma vez em cada dois, o explorador não o encontra na época em que procede ao exame das bôlsas.»

A quantidade de líquido contido na serósa é variavel. Umas vezes, os dois folhetos da vaginal, soldados numa grande extensão, não deixam mais que um

reduzido espaço onde se fórma uma espécie de quisto; outras vezes, livre de toda a aderencia, a cavidade é distendida por um hidrocélo volumoso que torna dificil e ás vezes impede a exploração do testículo. Helot cita casos em que o derrame era consideravel; numa das suas observações, o escrôto apresentava-se do tamanho da cabeça duma criança! Fournier, nas *Lições sobre o sarcocélo sifilítico*, diz "que nunca êste hidrocélo adquire as proporções que se lhe vê atingir noutros casos, principalmente nos de hidrocélo simples", mas Reclus baseado nas suas observações, contesta esta asserção.

Voltemos a falar do testículo. Á palpação nota-se o testículo doente, aumentado de volume, denso, compacto, dotado algumas vezes duma certa elasticidade, com a fórma dum seixo transversalmente achatado.

A superfície da glandula apresenta á palpação caractéres bem diversos. Por vezes, embora raramente, é uniformemente lisa; outras vezes, e quando as lesões são antigas, semeada de saliencias granulosas, duras, dando a sensação de grãos de chumbo enterrados na albugínea (nódulos de Ricord;) por último essa superfície póde apresentar-se revestida, em certos pontos de placas mais ou menos espessas, mas sempre duras, que constituem rugosidades multifórmes irregularmente dispostas á superfície da albugínea formando placas de blindagem.

É raro poder limitar as duas partes componentes da glandula; o sulco de separação é invadido, ocupado pela peri-epididimite, pelas membranas fibrósas da vaginal e pelas neoformações conjunctivas que as fundem numa massa única. Ricord admite que o epididimo fica, muitas vezes, adelgaçado como uma fita, cavalgando o testículo hipertrofiado.

O cordão, e em particular, o canal deferente, apresentam um calibre normal. Reclus viu em alguns doentes vestígios de deferentite: canal espesso, duro e quebradiço ou ainda com enchimentos no seu trajecto, mas suspeita que estas lesões se fizessem á custa do tecido conjunctivo que une os elementos do cordão.

Todas estas explorações, que seriam muito dolorosas numa glandula inflamada, dificeis mesmo num testículo são, por causa da excessiva sensibilidade do orgão, praticam-se afoitamente quando a glandula degenerou. As pressões energicas não despertam o mais leve sofrimento, mas, se ha pontos onde a dôr persiste e a dureza é menor, reconhecendo-se a consistencia particular da substancia espermática inalterada, são segmento da glandula que escap ram á invasão.

Reclus estabelece como regra geral, que a sensibilidade da glandula está na razão inversa da sua dureza. Ainda na memória de Reclus lemos que: estas alterações testiculares que vimos apontando são muitas vezes bilaterais. Adoece primeiro uma, mas não

tarda que a outra glandula seja invadida e acontece, e não poucas vezes, ser a última infiltrada a que se torna mais doente.

*Diagnóstico diferencial.* — O sarcocélo sifilítico, antes da supuração, diferencia-se do testículo tuberculoso porque neste o epididimo é bosselado; as lesões não são indolôres; ha tendencia a um amolecimento rápido, e o canal deferente, as vesículas seminais e a prostata apresentam lesões decisivas.

Depois da supuração ainda a orquite esclero-gomosa póde confundir-se com a tuberculose.

Porém o testículo tuberculoso distingue-se — porque a frequencia máxima das lesões é ao nível do epididimo, e, daí as fistulas que lhe sucedem observarem-se principalmente na parte posterior do orgão; e tambem, porque o cordão e a prostata são muitas vezes alterados, o que na sífilis acontece excepcionalmente.

A confusão seria possivel ainda com os tumôres malignos do testículo, mas, êstes tumôres não dão ao testículo a resistencia lenhosa do sarcocélo terciário e o crescimento é rápido e algumas vezes até acelerado pelo tratamento específico.

Quando a evolução da orquite esclero-gomosa não é interrompida pela terapeutica, terminações diversas pódem observar-se: a *atrofía*, *amolecimento* e *ulceração*, e ainda neste último caso, formarem-se os *fungos*.

A atrofía do testículo faz-se lentamente, os depósitos gomósos reabsorvem-se e o tecido fibroso neoformado entra em trabalho de rétração, organisa-se em tecido cicatricial que aperta os vasos e os tubos seminíferos. A albugínea espessa-se e deprime-se em vários pontos depressões determinadas pelos cordões da escleróse que do corpo de Highmore divergem, para se inserir sobre a membrana de invólucro.

O testículo torna-se duro como madeira, encarquilha-se e diminue de volume, parecendo então uma ameixa sêca — dir-se-ía até um feijão perdido nas bôlsas. É o «*haricocélo*» de Fournier.

*Consequencia.* — Se a atrofía é unilateral, ou, sendo bilateral, não é senão parcial, observa-se a conservação integral das funcções testiculares. Os desejos persistem e a vontade de os satisfazer não se apaga. Embora esteja diminuída a secreção do espérma, êste contém, no entanto, espermatozoides.

Quando a atrofía é dupla e completa, o doente torna-se um verdadeiro eunuco.

A virilidade está completamente abolida, a secreção espermatica não se faz, pára por completo, e o resultado final é: a infecundidade a princípio, e depois, a impotencia.

Em 1864 já Langlebert, falando das consequencias fisiologicas do sarcocélo sífilítico dizia dever ficar altamente comprometida a funcção geradora.

«Com efeito, desde o começo da doença, a secreção espermática torna-se mais rara e menos rica em espermatozoides; os desejos venéreos diminuem, e as erecções são cada vez menos frequentes. Mais tarde, quando os dois testículos tenham sofrido uma degenerescencia completa, quando estiverem por assim dizer, petrificados numa massa fibro-cartiliginosa ou fundidos pela resolução dos depósitos plasticos, os animalculos espermáticos desaparecem inteiramente e o líquido seminal é, na maior parte, constituído por mucus prostático onde estão suspensos glóbulos privados de movimento.

O doente, desprovido de desejos e atingido de inercia, torna-se impotente. Tal é a marcha do sarcocélo sífilítico, marcha *sempre lenta* e essencialmente *crónica.*» O sublinhado é nosso.

Já está demonstrado por numerosas observações, a que anteriormente nos referimos, quanto é errónea esta última afirmação.

A *orquite escléro-gomósa supurada* de Reclus, é menos frequente que a precedente, mas tambem muito mais grave.

O testículo a princípio, sem se modificar na sua fórma, aumenta de volume e muitas vezes tão insidiosamente que só casualmente o doente dá pela lesão.

O mais habitual, é que a formação da gôma se acompanhe de fenómenos inflamatórios, ou ainda êstes fenómenos aparecem sob a fórma de *poussées* do-

lorosas interrompidas por períodos de acalmía. Logo no comêço da formação da gôma, o testículo é a séde de dôres surdas e lancinantes, muitas vezes limitadas, mas podendo irradiar ao longo do cordão, para os lombos ou para a côxa. Ao mesmo tempo o testículo engrossa, a sua fórma altera-se e destaca-se, quasi sempre, do bórdo anterior do testículo, uma saliencia do volume duma avelã, sobre que deslisa facilmente o escrôto. Estes fenómenos mantéem-se dias e ás vezes semanas. Ulteriormente, o escrôto, edemacia-se ligeiramente, adére á parte mais proeminente da tumefacção, e avermelha num ponto limitado ao nível da aderência. É habitualmente sobre a face anterior das bôlsas, que estes fenómenos aparecem. A péle adelgáça-se, toma a côr violácea, depois castanho-amarelada. Quando se palpa êste novo tumôr, em vez de se encontrar flutuação, palpam-se tecidos de consistencia cartilaginosa, lisos ou semeados de pequenas saliencias verrugosas caracteristicas da sífilis glandular e dôres surdas á pressão nesse nível.

Se o tratamento específico não se institue, o tumôr amoléce no seu vértice; a péle levantada por uma colecção líquida, ulcéra-se e corre então uma matéria purifórme, amarelada e de consistência análoga á solução da gôma arábica. Sería fastidioso vir repetir o que já dissemos quando falámos dos acidentes terciários da sífilis.

A esta saída de líquido, que em regra é em pequena quantidade, sucede-se a eliminação, embora lenta, do carnicão gomôso.

A ulceração escrotal, de diámetro variavel, mas raramente passando três a quatro centímetros, apresenta-se umas vezes arredondada, ou com contórnos irregulares por causa das pregas do escrôto. Os bórdos violáceos, descolados, talhados a pique e bordados por uma areóla vermelho-escura, circunscrevem uma cavidade anfractuosa com a profundidade de um a três centímetros.

No fundo dessa cratéra aparece uma massa amarela-esbranquiçada, que lembra o carnicão do antraz, mas mais resistente. Nalguns casos o carnicão gomôso faz hernia atravez da ulceração escrotal sob a fórma dum cogumélo.

Ha casos em que gômas mais profundas se abrem secundariamente na escavação ulcerósa duma primeira gôma esvasiada, provocando assim novas expulsões de productos gomósos.

Vê-se então a ulceração estender-se, no caso da gôma ser superficial, ou excavar-se irregularmente em profundidade se a gôma não nasceu á superfície da albugínea mas na espessura do parenquima. Estas lesões não téem nenhuma tendencia á reparação espontánea—a fistula persiste; á volta, o escrôto endurece e apresenta um

espessamento elefantiásico comparavel ao que acompanha as velhas fistulas urinósas.

Submetida á acção do tratamento específico, a superfície da ulceração gomósa limpa-se e o fundo recóbre-se de granulações que tendem a aflorar á pele.

Os vestígios únicos do processo mórbido é uma cicatriz deprimida ao nível da cratéra e um cordão fibrôso que liga o testículo aos envolucros escrotais.

A cicatrisação da gôma do testículo póde ser interrompida por um incidente que devéras intrigou os antigos sífilígrafos.

Este incidente é o que hoje se chama *fungo benigno* por oposição ao *fungo maligno* que deriva do cancro (Berdal.)

Mauriac falando das gômas testiculares dizia que, sempre que o desenvolvimento dos gômos destinados á reparação da perda de substancia, se exagera a ponto de se tornar mórbido pela sua exuberancia, produz-se uma massa vegetante que fa zsaliencia atravez da solução de continuidade escrotal.

Essa massa que aparece á superfície do escrôto em fórma de cogumelo é o *fungo sífilítico.*

Faremos, ainda que succintamente, a história do fungo do testículo.

Só ha bem pouco tempo se reconheceu a natureza sífilítica dos fungos dos testículos, merecendo especial menção os autôres inglezes Lawrence, Cooper e Cur-

ling a quem se devem os primeiros estudos de conjunto. Porém, em França persistia-se na ideia duma afecção particular, e a memória de Jarjavay publicada em 1849 nos *Arquivos gerais,* é um éco dessa doutrina errónea. Em 1853 Deville faz a declaração de que o fungo não é uma entidade mórbida mas um modo de terminação duma outra doença.

Nelaton, no ano de 1859 aceita como boa as noções incertas na memória de Jarjavay, e reforça-as com a sua autoridade, não obstante ter perguntado Josselin, dois anos antes, nas anotações feitas ao *Tratado de Curling,* se "o fungo não seria uma fase afastada da orquite sífilítica." Para Nelaton seria a tuberculose a causa possivel dêsse tumôr vegetante e Broca defendia tambem essa origem, até que finalmente Rollet fez publicar uma memória que estabelecia, sobre bases irrefutaveis, a existencia do fungo sífilítico. Desde então, esse tumôr granuloso não reconhece senão com causa etiologica a sífilis.

Mas, se Rollet estabeleceu a realidade do fungo sífilítico, não nos fala senão da fórma parenquimatósa; os gômos carnudos nasceriam sempre duma gôma desenvolvida em pleno testículo e passariam uma ulceração da albugínea para aparecerem á superfície do escrôto.

O fungo superficial, tão bem descrito por Deville, como terminação da orquite tuberculosa, não se pro-

duziria na sífilis. O mesmo silencio se constata em trabalhos mais recentes, inclusive nas *Lições* de Fournier. Reclus descreve duas espécies de fungos: o *fungo superficial* e o *fungo profundo.*

O *fungo superficial* compreende duas variedades: a primeira, pouco importante, em que uma pequena porção da albugínea se desnuda, por ulceração do escrôto, e se recóbre de gômos carnudos que fazem á superfície dos tegumentos uma pequena saliencia; a segunda em que as bôlsas são largamente destruidas, dá-se a hernia do testículo e proliferação consecutiva da albugínea. No *fungo profundo* ou *parenquimatoso,* o testículo conserva-se dentro de seus involucros, mas, a albugínea e os tegumentos ulceram e uma gôma parenquimatosa evacua-se. Os gômos carnudos nascidos das paredes da caverna, enchem-na por completo, passam o orifício cutaneo estrangulando-se nesse nível, progredindo sempre para atingirem e até passarem a superfície do escrôto.

Essa massa vegetante, fazendo hérnia atravez da ulceração escrotal, verdadeiro «granulôma,» formada por gômos carnudos e recoberta de muco-pus, é umas vezes dura e acinzentada, outras vezes vermelha, flácida, móle, viscósa e ensanguentada (Mauriac).

Assemelha-se a uma grande vegetação completamente indolôr.

No fungo profundo, comprimindo transversalmente

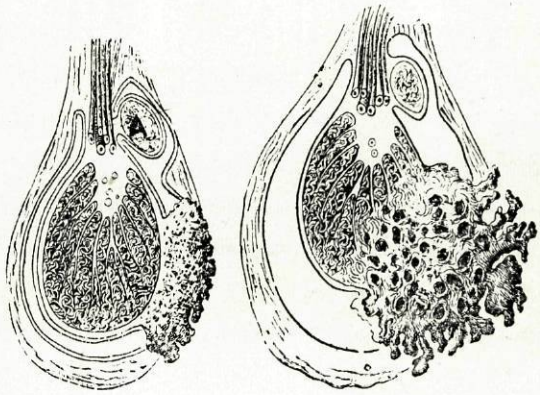
a massa sobre que assenta o fungo, provocamos a dôr testicular característica. No fungo superficial o testículo conserva a sua fórma abaixo da massa fungosa, enquanto que no fungo profundo a glandula normal é dificilmente perceptivel. Neste último processo encontram-se algumas vezes disseminadas na massa fungosa, tubos seminíferos. O quadro clínico destas duas fórmas de fungo encontro-lo-hemos nas observações colhidas por Reclus e publicadas na sua memória. «Um cocheiro de 27 anos, sífilítico desde 1876, vê em Abril de 1880 inchar-lhe o testículo direito. Em Julho do mesmo ano, o esquerdo era atingido. As bôlsas dolorósas inflamam-se e ulceram e constata-se á direita: um enorme sarcocélo envolvido pelas túnicas intactas; á esquerda um gôma superficial, cuja séde evidente é a albugínea, amoléce, a péle aderente está ulcerada em três pontos e por cada orifício córre matéria purifórme. A péle violacea que separa as três soluções de continuidade esfacéla-se e por esta larga abertura o testículo fica a descoberto.

O fungo não se formou ainda; a massa glandular não faz ainda saliencia fóra do escrôto. Mas pouco a pouco a péle retráe-se sobre o testículo, que imerge cada vez mais até que os envolucros passem o seu maior diámetro e véem atraz dele apertar o epididimo e o cordão. Depois, sobre o contôrno da gôma, e em diversos pontos da albugínea proeminam aglomerados

de gômos. Por fim o tecido mortifica-se, elimina-se e não tarda que sobre a superfície limpa, se organisem fungosidades exuberantes ficando então constituida a primeira variedade do fungo: o *fungo superficial* fórma em que o testículo herniado e a sua albugínea vegetante constituem o fungo, podendo tambem observar-se o fungo superficial sem que a glandula sáia para fóra das bôlsas. Num caso ou noutro, o fungo superficial é *sempre* consecutivo a uma gôma da albugínea, e não, como afirma Berdal, a uma gôma escrotal.

O fungo profundo nasce mesmo da espessura da glandula. A albugínea está aberta como os envolucros escrotais, e é por esta dupla perda de substancias que passam os gômos para aparecerem no exterior. O mecanismo é simples: uma gôma testicular é expulsa pelo modo ordinário e a superfície da sua parede vegeta, e a massa vegetante depois de ter enchido a caverna, escapa-se para o exterior ficando assim constituido o fungo. Reclus aponta um caso de fungo parenquimatôso consecutivo a uma infiltração total do testículo nascendo então as granulações do fungo da superfície interna dos vestígios da albugínea.

Reclus, em vez de agrupar quasi matematicamente o cortejo de sintômas respeitantes a cada uma das variedades do processo mórbido que vimos tratando, prefere citar exemplos e analisar os factos observados pois diz, que, embora esta fórma concreta abranga detalhes



A — Epididimo

Fungo superficial e fungo profundo

(Fig. III)

inuteis, tem porém a vantagem de deixar na memória um tipo nítido e cuja lembrança se banirá muito lentamente.

*Causas ocasionais.* — Muitas são as causas ocasionais que podem, no decorrer da sífilis, dar nascimento a esta lesão tão particular, do testículo.

Em primeiro logar temos os traumatismos. Lawrance registra um caso em que as bôlsas foram apertadas fortemente; os dois testículos inflamaram-se, supuraram e apareceram sucessivamente dois fungos.

Marc Sée aponta-nos um caso identico; mas Reclus, apesar dos factos apontados, diz que o traumatismo não tem senão uma influencia indirecta sobre o tumôr granuloso: determina a formação da gôma e talvez o seu amolecimento; porém a hernia dos gômos exuberantes é espontánea. Téem sido invocadas tambem como causas: a aplicação de revulsivos, é o caso do doente apresentado por Dieulafoy; ou ainda a punção de um hidrocélo concomitante. Na grande maioria dos casos, porém, a aparição do granulôma é espontánea. Ha no seio de toda esta patología incógnitas cujo verdadeiro valor ainda não foi possivel determinar. Assim, quando uma gôma parenquimatosa evoluciona sem que o médico institua qualquer tratamento, porque razão se produz uma fistula e outras vezes um granulôma?

Ainda até hoje não apareceu uma resposta que nos elucidasse suficientemente.

Seguem-se algumas das nossas observações sobre orqui-epididimite e fungos.

**Observação VIII.** — D. L. M., 30 anos, cocheiro, natural de Bragança.

Este doente procurou-nos para ser operado pelo que veio de longada até ao Pôrto, da terra da sua naturalidade.

Queixava-se dos testículos. Apresentava o saco escrotal bastante distendido e fortemente veinulado, nomeadamente na sua metade esquerda.

Testículo esquerdo muito volumoso, tendo cêrca do dôbro do volume normal; achatado transversalmente, indolôr, muito duro, de consistencia lenhosa, de superfície regularmente lisa e intimamente fundido com o epididimo, sendo pois impossivel precisar os caractéres morfológicos a êste último orgão.

O testículo direito estava tambem um pouco aumentado de volume, pouco dolorôso á palpação forte, com consistencia dura, e de superfície lisa.

Epididimo correspondente distinguindo-se facilmente mas apresentava-se irregularmente aumentado de volume e de consistencia, aparecendo como que semeado de nódulos duros e indolôres que não passavam do volume dum grão de ervilha.

Disseminadas por todo o corpo, mas predominando nas côxas e abdomen, vêem-se manchas côr de cobre, circulares e de vários tamanhos, mas sem passarem ou mesmo atingirem o diámetro duma moeda de cinco réis.

Adenopatia poliganglionar inguinal dupla.

*Sinais subjectivos.* — Cefalalgías do tipo frontal com exacerbação para a tarde; dôres osteocopicas nomeadamente dos ossos das pernas; queda de cabelo, grande sensação de pêso no escrôto e impressão dolorósa, surda, mas persistente ao longo dos cordões espermaticos até ao canal inguinal.

Este último sintôma que registamos, impacienta o doente e causa-lhe uma tensão de nervos tal que o torna mal humorado e incapaz de se entregar, com prazer, ao trabalho mais ligeiro. Erecções e ejaculações normais.

*Aparelho circulatório.* — Pulso ritmico, hipertenso e de frequencia normal. Ruidos cardiacos vibrantes.

Restantes sistêmas da economia sem alterações a registrar.

*História do doente.* — Ha nove anos teve alguns cancros móles (?) que só curaram ao fim de três mêses de tratamento local.

Poucos dias depois do aparecimento destas lesões na glande, apareceu-lhe uma *íngua* (sic) dura e indolôr, na prega inguinal esquerda, não tardando que se

notassem novos ganglios á volta e apresentando os mesmos caractéres. Simultaneamente; adenopatía poliganglionar direita tambem aflegmásica.

Passado um ano, teve por todo o corpo, máculas arredondadas e de côr vermelho-vinósa mas de diferentes tamanhos, não tendo as maiores mais que um centímetro de diámetro. Nessa mesma ocasião queixava-se de cefalalgías frontais, de perda de fôrças e anorexia.

No ano seguinte, a metade esquerda do saco escrotal começou a distender-se, experimentando desde logo, uma sensação de pêso nesse nível.

O testículo correspondente aumentára de volume e de consistencia, ficando, porém, indolôr á palpação.

Lenta mas persistentemente, o testículo foi-se tornando mais volumoso e á sensação de pêso já referida, juntou-se uma impressão dolorosa que irradiava do testículo e ía ao longo do cordão espermático correspondente.

Ha cinco anos teve uma uretrite gonocócica e trinta dias depois do seu início fez uma longa caminhada. No dia seguinte o escrôto do lado direito avermelhou, o testículo do mesmo lado aumentou notavelmente de volume, e a sua sensibilidade estava muito exagerada, provocando dôres intensas a mais leve palpação. Acusava tambem dôres espontáneas e duradoiras na parte mais elevada do testículo, dôres que se exacerbavam

com o mais ligeiro deslocamento do escrôto e que irradiavam para o cordão.

Na mesma ocasião o corrimento uretral reduziu-se, houve perda de apetite, insónias causadas pelas dôres, cefalalgias e febre.

Todos êstes sintômas subjectivos calmaram ao fim de oito dias de simples repouso na cama.

O testículo reduziu-se consideravelmente de volume, tornou-se indolôr á palpação e apresentava-se mais duro que normalmente.

O epididimo do mesmo lado limitava-se perfeitamente mas apresentava-se irregular, bosselado e duro.

Um mês depois havia apenas um sintôma subjectivo — a sensação de pêso na metade direita das bôlsas.

*Antecedentes hereditário.s* — Mãi ainda viva e saudavel; pai falecido no Brasil, vítima da febre amarela.

Tem apenas uma irmã que é saudavel.

*Diagnóstico.* — A exposição do doente sobre o seu passado mórbido é bastante elucidativo para dizermos, sem receio de desmentido, que se trata dum sífilítico infectado ha nove anos.

No ano seguinte surgiram os acidentes secundários: sifílides maculosas, mas, de novo a sua sífilis entrou num período de latencia de curta duração, porque, logo dois anos depois do cancro duro, apareceram-lhe lesões terciárias com localisação no testículo esquerdo

dando a *orquite sífilítica*, processo mórbido que se foi caracterisando cada vez mais, apresentando hoje sinais objectivos que nos elucidam suficientemente sobre a natureza e etiología das lesões.

É ainda pela história do doente que concluimos ter sido uma epididimite blenorrágica a complicação que surgiu ao fim de trinta dias da uretrite, lesão esta de que ainda hoje, e já são decorridos cinco anos depois do seu início, se constatam vestígios que a infecção sífilítica impedirá que se apaguem, a menos que o doente inície um tratamento racional anti-sífilítico.

Estamos convencidos de que no epididimo, não existem hoje apenas *reliquats* da epididimite inflamatória, mas tambem ha lesões sífilíticas concomitantes, e esta localisação das lesões sífilíticas foi determinada pela infecção anterior.

Mais tarde o testículo foi tambem invadido pela sífilis, como se conclue do resultado das investigações a que procedemos.

Em resumo, o doente é portador duma *orqui-epididimite dupla* de natureza *sífilítica*.

Este doente foi aconselhado a voltar para a terra da sua naturalidade onde procuraria o clínico que lhe instituiria o tratamento anti-sífilítico de que carecia urgentemente.

Seís mêses depois de o examinarmos pedi para Bragança informações sobre a marcha das lesões testi-

culares mas, o médico disse-me que não voltára a vêr o doente.

Observação IX. — A. T. S., 24 anos, casado, serralheiro, natural de Penafiel.

*Estado actual.* — Distenção desigual das bôlsas testiculares, sendo maior á direita. Péle de coloração normal, e seu adelgaçamento provocado pela distenção.

A dentro das bôlsas encontram-se tumôres ovoides de extremidade mais afilada dirigida para cima, tumôres de superfície lisa e regular, de consistencia mole colhendo-se a sensação de nítida fluctuação. Constata-se a existencia dos testículos na parte postero-inferior dos tumôres.

O testículo direito estava aumentado de volume, semeado de nódulos duros, indolôr á palpação fórte e intimamente fundido com o epididimo que não conseguimos distinguir.

O testículo esquerdo apresentava-se nas mesmas condições mas um pouco mais pequeno e com consistencia menos lenhosa que o direito. Adenopatía poliganglionar inguinal dupla. Prova da transparencia-positiva. Punção exploradora — líquido citríno e transparente.

*Sinais subjectivos.* — Sensação de pêso, no escrôto impressão dolorósa nos testículos e exacerbada com a

marcha e que irradia ao longo do cordão, cefalalgias frontais com exacerbação vesperal. Dôres osteocopicas. Erecções e ejaculações normais.

*História da doença.* — Em Agosto de 1919 começou a sentir dôres no testículo direito notando então que êste se apresentava aumentado de volume e semeado de nódulos (em número de seis) e simultaneamente deu-se um espessamento das bôlsas acompanhado de ligeira hipertermia local.

Sem qualquer tratamento, alguns dias depois, os fenómenos inflamatórios haviam desaparecido.

Passados dois mêses constatou identicas lesões no testículo esquerdo e ao mesmo tempo apareceu o duplo hidrocélo.

Em 7 de Março dêste ano fizeram-lhe um esvasiamento do hidrocélo do lado direito, mas passados dois dias começou a reproduzir-se.

*História do doente.* — Blenorragía ha três anos. Dôres frequentes de garganta a partir da infecção gonococica e queda de cabelo.

*Antecedentes hereditários.* — Pais e irmãos saudaveis.

*Diagnóstico.* — O conjuncto de sintômas colhidos pelo exame das bôlsas e testículos, associados aos sintômas subjectivos fornecidos pelo doente e ainda a evolução da doença, levam-nos a concluir que as afecções testiculares eram de natureza sífilítica, lesões que

foram seguidas de derrame serôso da vaginal, tratando-se por tanto dum hidrocélo sintomático.

Se houvesse dúvidas sobre a natureza das lesões, a reacção de Wassermann viría desfazel-as porque deu fortemente posítiva.

O doente era pois portador duma *orqui-epidídimite sífilítica dupla*, com *hidrócelo* concomitante.

Bem parece que a inoculação se déra na mesma ocasião em que apareceu a uretrite gonocócica, mas, a lesão devia ter sido tão insignificante, sobre o ponto de vista dos seus caractéres morfológicos, que passou despercebida ao doente.

Motivou estas nossas considerações suspeitosas, o facto de aparecerem as cefalalgías, dôres osteocópicas, e queda de cabelo, logo depois da afecção uretral.

*Tratamento.*—Fez dez injecções de benzoáto de mercúrio doseadas a dois centigramas por centímetro cúbico e de seguida uma injecção de quinze centigramas de Novarsenobenzol, exigindo alta sem que se completasse o tratamento preconisado.

*Evolução e marcha.*—O tratamento embora reduzido foi suficiente para lhe dar melhoras muito sensiveis, porque lhe tirou por completo as dôres, o hidrocélo desapareceu, os nódulos dos testículos diminuíram de volume e a consistência dos testículos reduziu.

*Prognóstico.*—Favoravel.

**Observação X.** — A. P. L., 36 anos, casado, alfaiate, natural do Pôrto.

Este doente queixa-se do testículo esquerdo.

Á *inspecção* vê-se o saco escrotal aumentado de volume, nomeadamente a metade esquerda; na parte antero-inferior dessa metade, solução de continuídade, de fórma quasi circular, com cêrca de quatro centímetros de diámetro, de bórdos salientes, violáceos, talhados a pique e aderentes, circunscrevendo uma massa saliente, com a fórma ovoide, levemente achatada transversalmente. Essa tumefacção apresenta a superfície de côr branco roseo, lisa, regular e únida, onde se destacam agrupados de granulações formando pequenas ilhótas com a côr vermelho vivo, situadas — uma do lado externo e proximo do rebordo escrotal tendo a fórma arredondada; outra, alongada, na parte mais saliente e, finalmente, outra mais pequena e arredondada do lado interno. Acantonadas nas pequenas depressões, encontram-se goticulas de pús espesso e amarelo.

*Palpação.* — Parede escrotal espessada, nomeadamente á volta da ulceração, dura e hipostesiada. Cordão espermático esquerdo duro, espesso e dolorôso á palpação.

A massa herniada atravez da ulceração escrotal, e que não é senão o testículo, o que facilmente se verifica palpando de cima para baixo o cordão e o epididimo, apresenta-se tambem muito duro e indolôr.

*Aparelho cardio-vascular.* — Ruidos cardiacos vibrantes.

*Aparelho respiratório.* — Expectoração mucosa, e á auscultação sarridos de bronquite disseminados pelos dois pulmões.

*História da doença.* — Ha dois mêses, o testículo esquerdo começou a aumentar de volume, tornando-se pesado e tambem dolorôso, quer espontaneamente quer á pressão, dôr que irradiava para a virilha correspondente e lhe dificultava a marcha. Simultaneamente com o aumento de volume, o doente notou que o testículo endurecia «tornando-se rijo como uma pedra» (sic.)

Quinze dias depois do aparecimento dos primeiros sintômas, por conselho médico aplicou sobre o escrôto, ao nível do testículo esquerdo, cataplasmas de linhaça e, ao fim de três dias, o escrôto, ao nível da ferida hoje constatada, avermelhou e tornou-se dolorôso, até que decorridas mais duas semanas, ulcerou, saíndo pelo orifício pús serôso e esbranquiçado mas em pequena quantidade. Atravez da ulceração, que a par e passo ía alargando, fez hernia o testículo que se apresentava inicialmente com toda a superfície de coloração amarela-escura, tornando-se rósea depois de algumas lavagens feitas na enfermaria seis, onde esteve, antes de entrar na enfermaria de 2.ª Clínica Cirúrgica.

*Antecedentes pessoais.* — Ha desanove anos vários

cancros moles sobre a glande. Dois anos depois uretrite gonocócica.

Em 1901 cancro duro no sulco bálano-prepucial e de que se curou no hospital de Macau, onde foi tratado com banhos quentes, pilulas e xaropes.

Em 1903, disseminadas por todo o corpo, manchas redondas, de côr vermelho-vinósa, alternando com lesões papulosas, de vários tamanhos que em breve ulceraram, aparecendo cobertas por crôstas pouco aderentes e por baixo das quais se viam ulcerações de fundo enegrecido que curaram depressa, dando as cicatrizes que ainda hoje se observam ligeiramente deprimidas e de côr acastanhada.

Em 1918 apareceu-lhe na face posterior do antebraço esquerdo e na união do terço inferior com o terço médio, uma pequena tumefacção de superfície avermelhada, pouco dolorósa, que depois abriu pela parte média, saíndo então um carnicão amarelo e alguma serosidade. Esta lesão curou, deixando uma cicatriz arredondada com perto de dois centímetros de diámetro, deprimida, côr de nódoa de vinho.

No mês seguinte, apareceu-lhe outra espinha (sic), semelhante na fórma e evolução á primeira, no segundo espaço intercostal esquerdo, perto da axila, onde se observa ainda hoje uma cicatriz análoga á precedente.

Em Junho passado, gripe ligeira. Não acusa outros

antecedentes mórbidos que os males venéreos a que já nos referimos.

*Antecedentes hereditários.*—Pai saudavel, mãi reumatica.

Casou em 1906; cinco anos depois de contraír a sua sífilis. O seu primeiro filho nasceu morto, com sete mêses de gestação.

Da mulher não menciona nenhum abôrto apesar de ter tido mais cinco filhos, dos quais quatro são vivos e saudaveis e outro morreu ainda criança.

*Diagnóstico.*—A sífilis foi laboratorialmente confirmada pois que a R. W. deu positíva.

Resta-nos saber em que período da doença se encontra o doente, ou melhor, quais são os acidentes que agora apresenta. As informações fornecidas com clareza, permitem-nos caracterisar todas as manifestações que o téem atingido.

Em 1901 cancro duro.

Em 1903 quebreira dos membros inferiores, cefaleias e astenía; simultaneamente sifílides ulcerósas secundárias. Curou-se e a sua sífilis entrou num período de latencia que durou quinze longos anos, até que por fim aparece o tercearismo, apresentando uma gôma sub-cutánea no antebraço esquerdo e um mês depois uma outra no segundo espaço intercostal do mesmo lado, acidentes justificados pela falta de tratamento anti-sífilítico. Véem por último as lesões testiculares,

Os dados anamnésticos permitem-nos apresentar a seriação dos fenómenos. Os quadros sintomáticos são completos, e claros a não permitirem dúvidas. O doente fez primeiro uma *orqui-epididimite sífilítica* (sarcocélo sífilítico), de seguida gôma da albugínea, depois ulceração escrotal e por último *fungos superficial.*

Parecerá á primeira vista um espavento superfluo, mas é indubitavelmente esta a expressão clínica do processo mórbido que vimos de observar. Não é possivel a confusão — com a orquite blenorrágica, pela ausencia completa de sintômas gonocócicos; quer com a tuberculose, contra prova suficiente a eficacia do tratamento anti-sífilítico instituído.

A gôma fôra inquestionavelmente da albugínea porque a superfície testicular apresenta-se sem qualquer descontinuidade que fosse indicadôra de que o parenquima testicular participásse da destruição gomósa.

*Prognóstico.* — Reservado por causa das alterações da funcção testicular.

*Tratamento geral.*—Tratamento mixto—benzoáto de mercúrio em injecções e iodêto de potássio em ingestão, em dóses crescentes até chegar a tomar cinco gramas por dia, baixando de seguida.

Fez seis injecções de cianêto de mercúrio doseádas a cinco miligramas por c. c. e por último uma série de Novarsenobenzol desde quinze a noventa centigramas.

*Tratamento local.* — Lavagens diárias com sôro fisiologico esterilisado e penso húmido com o seguinte soluto sublimado, cinco decigramas; clorêto de sódio, um grama; água distilada, quinhentas gramas.

*Evolução.* — Desde que entrou para a nossa enfermaria, melhorou consideravelmente. As fungosidades tornaram-se mais pequenas, os bórdos da ulceração foram-se aproximando, o testículo foi diminuindo de volume e recuperando a sua sensibilidade.

Entrou a quatro de Janeiro e saíu em vinte de Fevereiro completamente curado.

**Observação XI.** — A. F., 22 anos, solteiro, natural do Pôrto.

*Estado geral.* — Bom. Queixa-se de quebreira dos membros inferiores, de cefaleias frontais com aumento de intensidade para o fim do dia, e de uma sensação de pêso no escrôto.

*Sinais objectivos.* — No dôrso da verga vê-se uma larga cicatriz arredondada, lisa, de côr acastanhada. No ponto de mais declive da metade esquerda das bôlsas testiculares, ulceração arredondada do tamanho duma moeda de dez réis, com bórdos salientes, talhados a pique, aderentes, e tendo a pele á volta uma côr vermelho-vinósa, numa aréola de cêrca de meio centímetro de largura. O fundo da úlcera apresenta-se irregu-

lar, gomôso, semeado de goticulas de pús espesso e amarelado acantonado nas depressões várias.

*Palpação.*—Testículo esquerdo aumentado de volume, duro indolôr não obstante a palpação forte, superfície lisa e livre excepto ao nível da ferida a que se encontra ligado por um cordão espesso duro e indolôr.

Epididimo correspondente volumoso, nomeadamente a cabeça e corpo, e pouco dolorôso.

Testículo direito mais aumentado de volume que o esquerdo, formando com o epididimo uma massa única, aproximadamente ovoide, de superfície lisa, consistencia notavel e indolôr á palpação.

Adenopatía poliganglionar inguinal dupla.

*História da doença.*—Ha três mêses, sem causa que o justificasse, os dois testículos começaram de tornar-se mais volumosos, produzindo-lhe uma notavel sensação de pêso no escrôto, pelo que fez uso de suspensorios.

Ao fim de quinze dias, notou que o testículo esquerdo não gosava da mesma mobilidade que o direito, ficando prêso ao escrôto pela sua parte mais inferior.

Decorreram mais desoito dias e então, ao nível da ferida que hoje constatámos, o escrôto bosselou, avermelhou, não tardando a abrir-se um pequeno orifício circular por onde saíu uma massa puriforme, esbranquiçada e consistente. Fez uso de xaropc de Gibert.

Junto desta primeira ulceração apareceram mais duas, com a evolução e caractéres da anterior, lesões estas que alastrando em superfície e em profundidade, se reuniram constituindo uma ulceração única com os caractéres apontados no estado actual.

Quando do esboçar dessas pequenas ulcerações, aos sintômas subjetivos já registados, vieram juntar-se as cefalalgías com exacerbação vesperal e a queda do cabelo.

*Antecedentes pessoais.* — Aos quatro anos, varíola Aos desanove anos, pneumonía direita. Aos dezaseis anos, quatro cancros moles e adenite inguinal direita supurada e seis mêses, mais tarde, condilômas do prepúcio e mais três cancros moles. Aos dezasete anos blenorragía. Aos dezanove, cancro duro sobre o pénis de que estava curado ao fim de um mês de tratamento. Três mêses depois das últimas lesões penianas: placas sífilíticas na face inferior da lingua, rouquidão, dôres de cabeça com exacerbação vesperal.

Todos êstes sintômas calmaram com o uso do xarope de Gibert.

*Antecedentes hereditários.* — Nada ha digno de menção.

*Diagnóstico.* — Seguindo para êste caso o raciocinio feito a propósito da última observação, concluimos, que o testículo esquerdo foi inicialmente a séde duma infiltração esclero-gomósa.

Depois a gôma testicular lança o seu conteúdo no exterior, abrindo caminho atravez do escrôto, ulcerando-o. Em seguida, as paredes da escavação tornaram-se ponto de partida da proliferação desordenada de células reparadoras, constituindo uma massa exuberante que era um *fungo profundo.*

*Prognóstico.* — Reservado quanto á função da glandula.

*Tratamento.* — Benzoáto de mercúrio, vinte injecções doseádas a dois centigramas por c. c. Iodêto de potássio em dóses crescentes.

*Evolução e marcha.* — A caminho rápido de cura com o tratamento instituido.

**Observação XII.** — J. O. M., 26 anos, casado, marítimo, natural do Pôrto.

Entrou a 18 de Dezembro de 1918 e saíu a 17 de Fevereiro de 1919.

*Estado actual.* — Na parte inferior do saco testicular, e á esquerda da linha média, vê-se uma ulceração larga, arredondada, de seis centímetros de diámetro, com os bórdos espessos, violáceos, talhados a pique e aderentes.

Encastoada por êste bordo, nota-se uma massa exuberante de superfície irregular, alternando, as anfractuosidades onde se acantona um pús espesso e ama-

relo escuro, com gômos carnudos de superfície rósea e húmida.

Á palpação verificou-se que o testículo esquerdo estava aumentado de volume, duro, indolôr e intimamente ligado, a esse tecido que faz hernia atravez do orifício escrotal, por um pedículo duro e indolôr. Impossibilidade de distinguir o epididimo correspondente.

O testículo direito apresenta-se indolôr, aumentado de volume e mergulhado em uma pequena quantidade de líquido.

Adenopatía poliganglionar inguinal dupla. Ganglios duros, indolores, móveis e de tamanhos vários.

*Sinais subjectivos.* — Sensação de pêso no escrôto, dôres ligeiras ao longo do cordão espermático esquerdo, exacerbadas pela posição de pé.

Reacção de Wassermann fortemente posítiva.

*Aparelho circulatório.* — Pulso pequeno e frequente (100.) Ruidos cardiacos vibrantes. Ponta do coração batendo ao nível do mamílo. Frémito da ponta.

*Aparelho respiratório.* — Rudeza respiratória na metade posterior do pulmão e broncofonía nesse nível.

*Aparelho urinário.* — Vestígios de albumina. Pigmentos biliares em pouca quantidade.

*História da doença.* — Conta o doente que ha perto de um ano trilhou o testículo esquerdo, sentindo, nesse momento, dôres violentissimas.

De seguida, o testículo começou a aumentar de volume, a endurecer, e simultaneamente experimentava uma notavel sensação de pêso na metade esquerda do escrôto.

Quatro mêses depois, a meio da face anterior da metade esquerda do saco escrotal, o escrôto bosselou, tornou-se vermelho e ulcerou, saíndo apenas um pequeno carnicão. Passou a aplicar localmente uma pomada de iodofórmio, mas a ulceração foi aumentando sempre, e um mês depois começava a constituir-se o tecido exuberante a que fazemos referência no estado actual. A supuração era serósa e pouco abundante.

*Antecedentes pessoais.* — Ha cinco anos vários cancros moles que curaram passados vinte dias. Em seguida uretrite gonocócica. Um mês depois um cancro duro, seis cancros moles e duas adenites inguinais — esquerda e direita.

Dois mêses depois de contraír a sífilis, começou a sentir dôres de cabeça, tipo frontal, que se exacerbavam para a noite, dôres nos ossos e queda de cabelo.

Melhorou com o uso do iodêto de potássio.

*Antecedentes familiares* — Pai falecido aos quarenta e nove anos, tuberculoso. Mãi viva e saudavel. Teve seis irmãos dos quais faleceram dois ainda novos, ignorando porém a doença que os vítimou. Os quatro restantes são saudaveis. Esposa saudavel.

*Diagnóstico.* — Bastariam os anamnésticos para nos

levar ao diagnóstico de um doente sífilítico, mas a reforçar a nossa opinião vem o resultado da Reacção de Wassermann. Desde o acidente primário, que teve ha cinco anos, até ás manifestações dêste momento, o tratamento foi insuficiente, razão porque surgiram os acidentes. Não acusa sifílides secundárias da péle mas o secundarismo manifestou-se pela queda do cabelo cefalalgías e dôres ósseas, logo dois mêses depois do cancro.

Passa á hipnóse o seu mórbus, e ao fim de três anos, surgem as lesões pouco *numerosas* e *destruidoras* (acidentes terciários) com localisação nos testículos, cuja causa ocasional de tal localisação deve ter sido o traumatismo do testículo de que nos fala a história da doença. O testículo traumatisado é a séde duma *orquite escléro-gomósa.*

Mais tarde a gôma testicular amoléce e vem-se esvasiar no exterior abrindo caminho atravez do escrôto. A cavérna gomósa porém, em vez de cicatrisar, é a séde duma proliferação desordenada de gômos carnudos formando-se a massa vegetante que sái pela solução de continuídade escrotal e que constitue o *fungo profundo.*

Quanto ao testículo direito, pelos sintômas colhidos, diagnosticamos uma *orqui-epididimite* em início com um pouco de líquido de hidrocélo, complicação esta que é frequente nas orquites sífilíticas em comêço.

*Prognóstico.* — Bom, atendendo á maneira como todas as lesões se modificaram, para melhor, sob a acção do tratamento antisífilítico preconisado e instituido.

*Tratamento local.* — Lavagens diárias com solução de ácido bórico a 7/1000 e penso húmido com o mesmo antisético. Passado algum tempo o curativo era feito com água iodada (soluto fraco.)

*Tratamento geral.* — Dôze injecções intra-venósas de cianêto de mercúrio doseadas a um centigrama por c. c. Fez ainda injecções de Novarsenobenzol respectivamente de: trinta, quarenta e cinco, sessenta, setenta e cinco e noventa centigramas e por último iodêto de potássio.

*Evolução e marcha.* — Ao fim de poucos dias de tratamento, a massa vegetante reduzia de volume, a ulceração escrotal ía estreitando e o estado geral do doente estava muito modificado para melhor.

O doente saíu completamente curado não restando no escrôto, ao nível da lesão principal, mais que uma cicatriz deprimida em fórma de T. Os testículos retomaram o seu volume, consistência e sensibilidade normais, estando contudo o esquerdo fortemente aderente ao escrôto por um cordão duro.

# Tratamento da sífilis

## 4.ª PARTE

# Tratamento da sífilis

Sendo a sífilis uma doença geral, é axiomático que carecerá tambem dum tratamento geral, sejam quais forem os acidentes que apresente o doente, passando portanto a ocupar um segundo plano o tratamento local para todas as variadas manifestações tegumentares desta infecção.

Antes, de expôr-mos o tratamento geral da sífilis preconisado em nossos dias, muito propositadamente diremos como era tratada essa doença em época já bem remota, fins do século XV princípio do século XVI, para o que transcreveremos, neste logar, uma parte do

opúsculo de Sebastião Costa Santos trabalho que enumerámos na bibliografia dêste nosso estudo.

"De todos os períodos da sífiligrafía, o que é o mais distante cronologicamente do actual é o mais proximo doutrinalmente".

Aí fica o motivo porque nos transportámos a época tão remóta.

.....

A quatro indicações ha que atender no tratamento da primeira espécie da doença. Preenche-se a primeira indicação com uma boa higiene e um excelente regime alimentar. Bom pão, boa carne, peixe um dia por semana, frutas sêcas e maduras, legumes e verduras cruas ou cosidas, eis as bases fundamentais do regime. Insiste, porém, nas vantagens do regime vegetariano dizendo: *Porque como esta enfermedad en su principio sea calient y las frutas y verduras seã en el tiempo caliente comiendo las mesuradamente mucho se tiempla naturaleza.* Um pouco mais adiante aconselha o caldo de grãos como muito saudavel.

Proíbe o uso do vinho porque causa *ebulicion* e faz saír manchas e botões para a péle; quando já não existem manifestações cutaneas, permite beber vinho com água.

A completar o regime deverá o doente deitar-se e levantar-se cêdo, distraír-se e procurar nunca se zangar, de manhã ao erguer-se fazer exercício, comer cêdo

e ceiar ligeiramente. Para atender á segunda indicação é necessário saber o estado em que se encontra a doença. No princípio, algum tempo apoz a aparição do acidente primário, convém administrar os purgantes. As manifestações cutaneas não devem ser mechidas nem levantadas com as unhas para não alastrarem. Aconselha vários remédios para tocar estas manifestações cutaneas e mucósas como — soluto de sublimado, nitrato ácido de mercúrio, clorêto de mercúrio, água luminosa e alguns unguentos. Na alopécia diz que: *es muy bueno lavar-se la cara y todas las partes que pelan cõ agua em que se cueza hojas de gamones y de cebolla albarrama*, de três em três dias e com cuidado não entre esta água para os olhos.

O cancro duro do pénis era curado com nitráto ácido de mercúrio duas vezes por dia ao qual atribuiam virtudes maravilhosas. Se a séde do cancro era na parte interna do prepúcio lavava-se a ulceração com *agua verde de leon franco*. A água de Lanfranc era uma solução de ouropimento e verdete em vinho branco. Nos casos de ulceração bastante extensa recorria-se logo ás fricções mercuriais.

Para combater as manifestações da segunda espécie de sífilis prescreve as fricções mercuriais cuja calorosa defesa traça.

Como eram praticadas as fricções mercuriais naquele tempo?

Um dos capítulos mais interessantes do livro de Diaz de Isla é, sem dúvida, o oitávo em que o autôr descreve a fórma como se devem dar as fricções.

São desoito os preceitos ou regras a observar. O tratamento poderá fazer-se em qualquer época do ano. A cura varía conforme o período em que está a enfermidade. A quantidade de pomada a empregar depende da robustez e constituição dos doentes. Os sitios de preferência para a fricção são os quadrís, os joelhos, os hombros, o ventre, o dôrso, os cotovêlos e os tornozêlos. As fricções devem ser diárias, mas nas três primeiras noites só se aplica meia untúra como reagente de prova do indivíduo — uma untúra compunha-se de *dos onças de unto y uma de mercurio.* Se não ha salivação continúa-se com untúras inteiras uma ou duas por dia. A salivação era considerada como uma valvula de segurança e, por isso, enquanto não aparecia, era-se muito cauteloso na aplicação do mercúrio. Quando a língua está inchada e a úvula aumentada de volume devem suspender-se as fricções. As regras gerais em que está todo o segredo da cura podem resumir-se no seguinte: todo o sífilítico deve evitar o coito, resguardar-se do ar enquanto faz o tratamento, não lavar as mãos nem os pés pelo menos durante trinta dias, evitar as purgas e as sangrías, e abster-se do uso do vinho e de certos alimentos.

Digámos agora algumas palavras sobre êste famoso

método das fricções mercuriais que os médicos do fim do século XV a princípio do século XVI herdaram dos empíricos. Empregadas na Europa desde os tempos do feudalismo, ou contra a *lépra* ou contra a *sarna espessa* (acidentes venéreos), estas fricções já eram usadas pelos árabes para destruir a ftiriase e contra as manifestações sífilíticas conhecidas então sob as designações de *bothor, asaphati*, etc.

A preparação mercurial dos árabes era conhecida sob o nome de *unguentum saracenicum* e não continha mais que uma nôna parte de hidrargirio.

Os empiricos durante a idade média usaram-na sempre com prudencia e quando os médicos se decidiram tambem a empregá-la fizeram-no em pequenas dóses—assim, o unguento usado por Torella era a um por cento e quarenta. Mas os charlatães, sempre audaciosos, queriam fazer melhor e mais depressa por isso o administraram ás cégas. Como os primeiros resultados tivessem sido animadores, dentro em pouco não havia limites para a aplicação do mercúrio e as medonhas estomatites assim como a grande debilidade resultante do seu emprêgo, eram consideradas como outros tantos sintômas da sífilis. Em logar de indicar aos doentes, como se faz actualmente, quantidades mínimas e rigorosamente doseadas de unguento napolitano, envernisava-se o doente dos pés á cabeça com

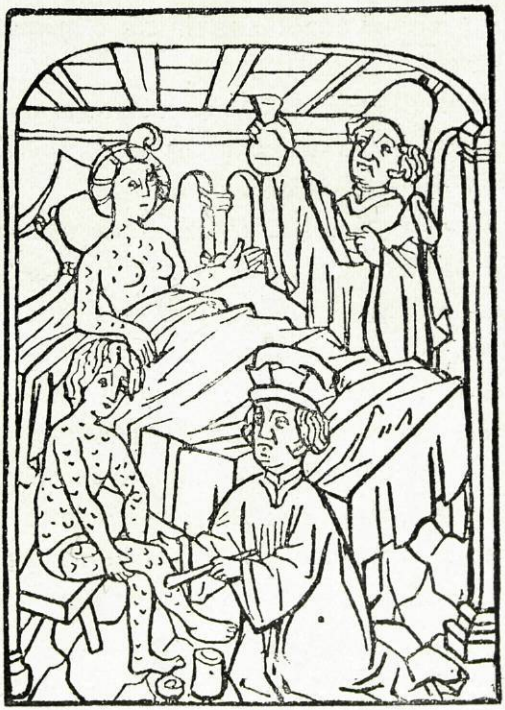
uma espécie de mistura semi-fluída em que o mercúrio entrava em forte proporção. (Fig. IV).

Os barbeiros e boticários que se encarregavam de aplicar o unguento mercurial eram chamados por isso, segundo afirma Rebelais, *Graisseurs de verole.*

Uma vez esta *pintura* feita faziam entrar os doentes, quando eram ricos, em vastas estufas, mas tão fortemente aquecidas que alguns morriam asfixiados.

Os pobres eram introduzidos em grupos dentro dos fórnos onde ás vezes por esquecimento os deixavam permanecer mais tempo que o necessário, não sendo raro ir encontrar um certo número de doentes reduzidos a carne fumada. Era, segundo a opinião dos autôres do tempo, uma maneira directa de conseguir a cocção dos humôres á qual se seguia por vezes a do doente.

Como é sabido, a doença tinha tomado por essa época um aspecto terrivel e á sua marcha invasôra os médicos não sabiam que terapeutica opôr. Os médicos, diz Ulrich de Hutten, fugiam dos doentes não querendo sequer tocar-lhes. O seu desapontamento e a sua impossibilidade de combater a doença foram tais que eles desistiram dos seus privilégios e permitiu-se, assim, a toda a gente a prescrição dos remédios contra o novo mal. Uma nuvem de charlatães achando o momento propício, surgiu de toda a parte cada qual com a sua fórmula extraordinária. Não houve droga, fazendo parte



(Fig. IV)

Reproduzida do raro opusculo de Barthelemy Stëbër impresso em Viena cêrca de 1497.

Representa uma sessão de tratamento tal como se praticava nessa época. Os dois doentes estão no período secundário. A mulher no leito revéla os seus receios ao físico que lhe encarece as propriedades da droga contida no frasco que agita.

Ao lado o amante entrega-se nas mãos do boticário — o tal *graisseur de veróle* de Rabelais — que o unta completamente de unguento napolitano.

da matéria médica então em uso, que não fosse ensaiada, desde as mais inértes ás mais violentas e isso sem conta, pêso nem medida. É muito curioso lêr nos autôres do tempo tudo quanto êste empirismo cégo criou de verdadeira insánia medicamentosa. O fim terapeutico consistia em fazer eliminar o virus pela saliva e pelo suór, ou fosse o que então se chamava em França *« passer par la casserole »*.

Ao princípio, como os doentes se babavam noite e dia, era-lhe dada, para recolher a salivação, uma escudela especial, que os francezes chamavam *la casserole*, daí vem o emprego da expressão. Mais tarde êste termo aplicou-se para todo o tratamento, e ainda hoje faz carreira nos hospitais militares onde é sinónimo de tratamento mercurial, ignorando certamente os soldados que repetem hoje esta frase, qual a sua origem.

A cura mercurial durava geralmente de vinte a vinte e cinco dias. Torella contentava-se para os seus doentes com quinze dias consecutivos de estufa para onde entravam em jejum.

Porém, como é facil de prevêr, poucos doentes podiam continuar êste tratamento até ao fim, ao qual nem mesmo os cavalos poderiam resistir.

Três quartas partes do número de doentes, seguindo o tratamento de Ulrich de Hutten, debilitadas ou pelas transpirações exageradas ou pela absorção de mercúrio em dóses tóxicas ou ainda pelas consequen-

cias da forte estomatite, morriam em poucos dias. A outra arrastava uma vida miseravel e um por cento apenas conseguia escapar—*é bem o caso de dizer que estes doentes se curavam apesar do tratamento!*

Certos doentes, porém, recusavam-se a fazer uma cura mercurial. Os resultados, com efeito, não eram nada animadores. O aspecto dos doentes cuja bôca era uma chaga enorme de cheiro infecto, babando continuamente, sofrendo de uma maneira horrivel, quasi incapazes de se alimentarem, mal podendo manter-se de pé, êste desolador aspecto era de natureza a fazer recuar os mais intrépidos. Assim, devemos acreditar na asserção de Ulrich de Hutten quando diz que os doentes davam urros. Este autôr conhecia por experiencia propria todo êste sofrimento porquanto havendo contraído a sífilis, suportou oito anos esta brutal terapeutica. Como, apesar disso, não se curasse veiu a acusar o mercúrio de ineficaz e até de prejudicial.

Perante a recusa categórica dos doentes, os médicos e charlatães tiveram, por falta de clientes, que abandonar pouco a pouco a clássica escudela que os doentes não podiam vêr. A transpiração passou então a ser provocada com o auxílio de cobertôres e bebidas sudorifícas. As fricções começaram a ser feitas com um pouco mais de cuidado e os acidentes, devido ao mercurialismo, diminuiram de intensidade. Como êstes tinham sido sempre levados á conta da sífilis, é facil de

compreender porque todos os autôres assinalam ao fim de vinte e cinco anos uma grande modificação para melhor nos sintômas observados.

Ulrich de Hutten colocado em situação muito especial para constatar os factos, declara tambem que o flagelo tinha declinado em 1519, época em que escrevia.

Só em 1533 Pedro Mathiolo ousou pela primeira-vez administrar o mercúrio por via estomacal em pílulas.

Cabe a Ruy Diaz de Isla o mérito de haver feito e aconselhado o uso moderado do mercúrio, facto êste, de resto, já destacado por Morejon.

Ha nos tratamentos propostos por Diaz de Isla, em resultado da experiencia que adquiriu no Hospital de Todos os Santos, um critério que se não encontra em outros autôres dessa época, não só quanto ao número das fricções que em caso algum, diz, será superior a desoito, mas até certos casos em que não insiste no tratamento mercurial recomendando que se respeite a constituição do doente e por ela se regule a aplicação. Esta fórma moderada de tratar estendeu-se tambem á medicação purgante muito em voga nessa época para limpeza dos humôres, porquanto Diaz de Isla proscreve em absoluto o uso de purgantes citando casos clínicos em que ao seu emprêgo atribue consequencias funestas. Será influenciado pelo entusiasmo popu-

lar que á roda do guaiáco existia como remédio curativo da sífilis? Não me parece.

Esta madeira foi conhecida na Europa só depois das primeiras viagens de Colombo e começou a ser considerada como medicamento poderoso contra as afecções sífilíticas. Como se julgava a doença de importação americana isto contribuia para dar importancia ao remédio tambem americano. *Plugo a la divina piedad de nos dar la llaga imbiarnos la melezina para ella*, diz Diaz de Isla.

Como ha sempre oportunidade para o entusiasmo popular se manifestar em favor de uma panaceia qualquer, o *santo lenho*, como logo apelidaram o guaiáco, teve as honras de um culto exagerado e deu logar a uma abundante literatura. Julgo não errar afirmando que foi Nicolau Poll, médico do imperador Carlos V, quem, em 1517, primeiramente escreveu um curto opusculo, intitulado *De cura Morbi Gallici per Lignum Guayacanum*, onde nota que aquele remédio — *quod sanctum cognominant* — parecia vir providencialmente da terra, donde viera a terrivel doença.

Tambem no dizer de Vesalio, o que mais contribuiu para lhe dar uma certa voga foi o emprêgo que Carlos V fez do guaiáco para tratamento da sua gôta.

Schmaus no seu livro sobre o gálico conta como mandára pedir informações a respeito de novo remédio

e obtivera de Portugal e Espanha desanove cartas e notícias sobre as quais redigiu o que dizia *de arbore guaiacana*. É Ulrich de Hutten, o conhecido partidário da reforma e tido na conta de um excelente latinista, quem escreve um opusculo apologético, celebrando a sua própria cura pelo guaiáco. Este é o *fidalgo aleman* a quem o nosso Garcia da Orta se refere no Colóquio XLVII, reconhecendo-lhe as qualidades de escritor *"em muyto copioso estilo e mui puro latim"* lhe nota, no entanto, que tudo aquilo podia ser escrito em *"huma folha de papel."*

Diaz de Isla faz tambem a apologia do guaiáco mas não em termos tão entusiásticos como os autôres precedentes, devido certamente á grande prática que tinha do tratamento mercurial.

. . . . . .

Diaz de Isla estabelece preceitos para o uso do guaiáco que se podem reduzir a ministrá-lo em tempo quente, em casa abrigada, a guardar o leito, e não molhar pés nem mãos durante o tratamento, a não tomar bebidas nem alimentos frios, a guardar um regime conveniente e a não usar purgantes.

O guaiáco emprega-se em cosimento ou xarope. Havia várias fórmulas de cosimentos e diversas qualidades de xaropes.

A dóse de cosimento aconselhada variava tambem conforme o estado do doente; no entanto a dóse mé-

dia era um meio quartilho de manhã e outro meio quartilho á noite.

O autôr já alude á combinação dos dois tratamentos, o mercurial e sudorífico, para certos doentes, o que vem mais uma vez comprovar o seu bom critério clínico.

*
* *

Agora, confronte-se com o que se faz e se preconisa em nossos dias.

Desde que os sinais clínicos e mesmo laboratoriais permitam fazer o diagnóstico da sífilis, o clínico aconselhará o doente a iniciar, sem delongas, um tratamento específico, recomendando-lhe ainda, durante o tratamento e mesmo no intervalo das curas, uma higiene rigorosa, na verdadeira acção da palavra.

Insinuar-se-ha ainda no espírito do doente que se deve considerar contagioso em todo o tempo e que deve prolongar o tratamento durante o largo período de quatro anos, ainda que, durante esse tempo, não surja qualquer acidente.

Esta última indicação coloca o médico, e nomeadamente o novato inexperiente, numa situação embaraçosa, porque bastas vezes os doentes, sobretudo os de espírito mesquinho, vêem nessa indicação um pre-

texto para tornar consideravel a remuneração dos nossos serviços.

Estas considerações magoam profundamente, aqueles médicos que fizeram da sua profissão um sacerdócio!

Ainda continuando nas instrucções a dar aos sífilíticos, devemos dizer que o infectado nunca se deverá casar sem autorisação médica, tendo o clínico a obrigação moral de lhe expôr tudo a respeito das fatalidades que podem nublar o horizonte de felicidade que ambiciona no seu lar, organisado atabalhoadamente, precipitadamente, quando devia atender as indicações, ditadas com ponderação e sabiamente, pelo médico.

Estamos novos ainda, mas infelizmente já conhecemos alguns sífilíticos, que casaram antes de fazerem um tratamento antisífilítico suficiente, donde resultou infectarem criminosamente as suas companheiras, impossibilitando-as, temporariamente, de darem á luz crianças robustas e sadias que seriam mais tarde, a alegria do lar. Mas, se ainda para maior desgraça, os filhos vivem estigmatisados por essa doença maldita, quanto não será dolorôso para o coração da mãe vêr que aquele pedaço da sua alma e do seu corpo, tem de suportar, desde tenra idade, um tratamento aborrecido e morôso para evitar os acidentes duma doença, que foi uma herança prematura, e cuja culpa cabe, ao autôr dos seus dias!

*

* *

Terminadas estas considerações gerais que julgámos indispensaveis, vejámos agora em que consiste o tratamento anti-sífilítico.

Os medicamentos específicos da sífilis são: o *mercúrio*, o *iôdo* e o *arsénico*.

O mercúrio é o veterano entre os medicamentos usados contra a sífilis, epíteto que se justifica por já haver sido ensaiado, como específico desta infecção, em 1497 por Wichmann e depois por Berenger e Jean de Vigo.

Demais, ainda hoje o tratamento essencial da sífilis, é e será sempre o tratamento mercurial, associado ou não ao iodêto de potássio e aos arsenicais.

Como indicação terapeutica diremos que o mercúrio é normalmente indicado contra os acidentes secundários e terciários.

Houve uma época em que se lhe atribuiu uma acção abortiva da sífilis, mas bem depressa se abandonou a esperança de impedir o desenvolvimento da doença depois da inoculação; porém, está suficientemente demonstrada a sua acção curativa, e consequentemente profilática, sobre os sintômas ulteriores, e por isso, conclue-se, que se deve dar o mercúrio, não só quando ha manifestações sífilíticas a combater, mas

ainda nos períodos de latencia, impedindo que surjam sintômas ulteriormente. Pelas mesmas razões que acabámos de expôr, Fournier, expressa-se da maneira seguinte «eu não dou o mercúrio para curar ou preservar o sífilítico dos acidentes do período secundário, que são curaveis pelo mercúrio e em geral pouco graves, mas na previsão do futuro».

Na opinião de Gougerot, a indicação do tratamento mercurial é facil de resumir: *toda a sífilis deve ser tratada pelo mercúrio.*

As contra-indicações são: o mau estado dos dentes e da boca, a insuficiencia do emunctorio renal e a idiosincrasía.

Os modos de administração são numerosos, mas os métodos práticos, correntes, são sucessivamente; 1.º as injecções subcutaneas de sais soluveis; 2.º injecções intravenósas de cianêto; 3.ª injecções intramusculares de oleo cinzento; 4.º fricções mercuriais; 5.º ingestão de pílulas, capsulas e soluções.

*O método de escolha* é, na opinião de Martinet «o *modus faciendi*» susceptivel de dar o máximo rendimento terapeutico com o mínimo de inconvenientes para o doente».

O método mais activo, que constitue o processo de escôlha e deverá ser empregado todas as vezes que fôr possivel, é o das injecções subcutaneas de sais *soluveis*, porquanto «a injecção de sais *insoluveis* é uma

heresía farmacológica; é um método cégo que póde expôr a acidentes graves e com efeito, em certos casos, o sal insoluvel póde enquistar-se durante um tempo indeterminado. Durante todo o tempo, as injecções sucessivas ficam sem efeito; o sal insoluvel não se dissolve; depois, de repente, toda esta reserva de mercúrio póde dissolver-se mais rapidamente e espalhar na circulação uma quantidade de veneno mortal» (Gaucher).

Ainda as injecções de sais insoluveis determinam dôres muito vivas, mesmo intoleraveis e dão origem a nódulos volumosos que são, algumas vezes, a causa de abcessos extensos.

Salvo condições muito especiais, o método de injecções soluveis consistirá no tratamento de escolha.

Os sais mais correntemente empregados são: o biclorêto e o cianêto (sais fortes), e biiodêto e benzoáto de mercúrio (sais fracos).

Esta classificação em sais fortes e em sais fracos atribuida a Leredde é baseada na proposição de que: *o poder terapeutico dos compostos mercuriais é aproximadamcnte proporcional á sua riqueza em mercúrio.* «As injecções diárias (ou de dois em dois dias) far-se-hão por séries de dez, doze, quinze, vinte, trinta, segundo a gravidade da lesão. As séries serão repetidas conforme as necessidades, separando umas das outras por um repouso de quatro a oito dias.

Se as dôres locais obrigam a interromper as injecções, é preciso, durante o tempo que se deixa descançar as nádegas, prescrever as fricções ou mercúrio por ingestão. *Nos casos urgentes* recorrer-se-ha ás injecções intra-venósas de cianêto.

Qualquer que seja o sal soluvel empregado, a dóse quotidiana média será de dois a quatro centigramas. O logar de eleição para estas injecções é a nádega. É preciso evitar a região do sciático, sendo a zôna não perigosa toda a superfície situada acima do grande trochanter e adiante duma linha vertical passando pelo bordo posterior do mesmo trochanter. Os pontos de eleição são o ponto de Smirnoff—região retrotrochanteriana, de Galiot, na intersecção duma linha horizontal que passa dois dedos acima do grande trochanter e duma vertical passando na união do terço interno com os dois terços externos da nádega e o ponto de Barthelemy a meio da linha que une o limite da prega internadegueira á espinha ilíaca antero-superior.

Podem-se ainda, fazer as picadas em séries horizontais, um pouco acima e um pouco abaixo, duma linha ficticia que passa três dedos acima dos grandes trochanteres.

*Fricções mercuriais.*—É um processo velho mas excelente e sem perigo e depois poupam o tubo digestivo.

Os inconvenientes são—a pouca limpeza e moro-

sidade. O argumento mais em desfavor dêste método, e que se propala intensamente, é de não permitir a dosagem do mercúrio absorvido, mas, é exagerada a importancia que se liga a êste facto.

Prescreve-se o *unguento napolitano* preparado recentemente e na dóse de cinco gramas para cada fricção. Não me demorarei em detalhes da técnica.

As fricções devem ser feitas todas as noites em duas séries de dez a doze dias, separadas por um repouso de dois a quatro dias. Se o tratamento, sulfurôso é associado ás fricções, podemos elevar progressivamente e vigiando o doente, as dóses de unguento a oito e dez gramas e, nos casos graves rebeldes, até quinze a vinte gramas em duas fricções por dia. Os logares de eleição para as fricções são — a parte lateral do tronco, a prega de cotovelo, a face interna das côxas, a prega da virilha e a barriga da perna.

*Tratamento por ingestão.* — Enumeremos as vantagens — método simples e cómodo para o doente, o mais barato, o menos aborrecido e o menos dolorôso. Agora os inconvenientes: 1.° é um método relativamente pouco activo e muitas vezes insuficiente; 2.° irrita mais ou menos as vias digestivas e é muitas vezes mal tolerado pelas mucósas gastro-intestinais anteriormente doentes.

Póde-se prescrever o mercúrio em *pilulas, capsulas* ou *solução* sendo esta última a fórma preferivel por-

que assegura uma absorção mais regular e uma dosagem mais rigorosa.

A fórma pilular, é, sob o ponto de vista farmacológica, a mais defeituosa — pela irregularidade da absorção, em primeiro logar, e pela dosagem imperfeita da substancia activa como consequencia da divisão dificilmente homogenea na massa pilular.

Apesar de tudo, uma grande parte do público é apologista do uso desta fórma farmaceutica.

Como substancia activa emprega-se, ou o *bicloreto de mercúrio* na dóse média de dois a quatro centigramas por dia, á razão de um centigrama por pilula; ou o *protoiodêto* na dóse média de cinco a quinze centigramas, á razão de cinco centigramas por pilula.

Para aumentar a tolerancia do tubo digestivo para as preparações mercuriais, empregam-se vulgarmente como substancias adjuvantes — o extracto tebaico, o extracto móle de quina, o pó de ópio bruto, o pó de genciana, etc. Estas substancias porém, pela disecação, transformam as pilulas em blocos insoluveis que depois, se encontram intactos nas fézes. É para obstar a esse inconveniente que se lhes adiciona um pouco de glicerina, sendo até por vezes, suficiente, fazer rolar as pilulas sobre algumas gotas de glicerina.

As pilulas mais vulgarisadas são as de Dupuytren de que damos a seguir a respectiva fórmula.

Biclorêto de mercúrio..... 1 centig.
Extracto de tebaico ..... 1 centig.
Pó de sabão medicinal..... 1 degrama
Glicerina ..... q. b.
para uma pilula mole

As pilulas de Ricord modificadas, téem a seguinte fórmula:

Proto-iodêto de mercúrio ... 5 centig.
Pó de ópio ..... 12 centig.
Pó de alcaçuz ..... 3 centig.
Mel branco.. ..... q. b.
para uma pilula.

Todas estas pilulas devem prescrever-se na dóse média de duas a quatro por dia, tomadas no princípio ou no fim das refeições.

Capsulas de proto-iodêto de Alexandre Renaut:

Proto-iodêto de mercúrio.... 5 centig.
Pó de ópio ..... 1 centig.
Lactóse ... ..... 25 centig.
para uma capsula, a tomar duas por dia, uma a cada refeição.

As preparações mercuriais em solução mais usualmente em vigôr são: o *licôr de Van Swieten* ou solução de sublimado corrosivo ao miléssimo; a solução aquosa de *lactáto neutro de mercúrio* de Gaucher solução a um por mil e ainda o *xarope de Gibert.*

O lactáto neutro é empregado em substituição do

licôr de Van Swieten e nas mesmas dóses, mas tendo a vantagem de ser insípido e muito pouco irritante.

O xarope de Gibert é assim constituído:

Bi-iodêto de mercúrio ..... 1 grama
Iodêto de potássio ..... 50 gramas
Xarope simples ..... 2400 grms.
para tomar duas colheres de sôpa por dia.

Mas, quer se usem as pilulas, as capsulas ou as soluções, a medicação deve usar-se durante quinze a vinte dias e descançar depois cinco a dez dias para então recomeçar.

Gaucher, preconisa, desde o início da sífilis, o tratamento mercurial seguinte: durante o primeiro mês, injecção diária de dois centigramas de benzoáto de mercúrio; no segundo mês, a mesma injecção de dois em dois dias, seguindo-se um mês de repouso. Depois um mês de pilulas, seguido de outro de descanço e isto durante dois anos. No terceiro ano, um mês de tratamento e dois de descanço. No quarto ano um mês de tratamento em cada seis mêses.

Em todos os períodos, será preferivel substituir as pilulas por injecções e o tratamento durante quatro anos é necessario ainda que a Reacção de Wassermann seja negativa.

Depois da introdução do mercúrio e compostos mercuriais no organismo que transformações se passam?

É opinião de Merget que, o mercúrio introduzido sob a fórma de vapôres, circula e é eliminado no estado metálico, sem alteração, acontecendo o mesmo ao mercúrio introduzido *en nature* no tubo digestivo.

Os compostos mercuriais, segundo Voit, transformam-se em biclorêto; o biclorêto de mercúrio combina-se com o clorêto de sódio do suco gástrico ou dos tecidos, para se formar um clorêto de sódio e de mercúrio, dando-se então a absorpção.

No sangue, ao contacto da albumina e em presença do clorêto de sódio fórma-se um cloralbuminato soluvel — em que o mercúrio estaria combinado com o oxigenio — albuminato de peróxido de mercúrio.

Numa última fase, a hemoglobina do sangue reduziria o cloralbuminato em mercúrio metalico muito dividido, cujos vapores se disseminam no organismo para aí exercerem a sua acção específica, atento o seu poder parasiticida.

Richaud diz que «ninguem, até hoje, nos forneceu a prova material, indubitavel, do estado quimico sob o qual os compostos mercuriais circulam no organismo, mas, a tése de Voit, quadra melhor que qualquer outra, com o que sabemos das propriedades quimicas gerais dos compostos de mercúrio».

«A administração das águas sulfurosas durante o tratamento mercurial, permitirá introduzir no organismo compostos quimicos, que, em presença dos albu-

minatos de mercúrio, gosam de propriedades redissolventes.

Consequentemente estas águas favorecem a circulação do mercúrio na economia e podem permitir a utilisação do mercúrio imobilisado em determinados pontos do organismo, depois de injecções inssoluveis".

Na opinião de Mayençon e Bergeret o mercúrio parece acumular-se, a princípio, no figado e no rim, para ser depois eliminado pela urina, saliva, leite, suor e bilis.

Depois duma injecção, o mercúrio aparece na urina entre uma hora e quarenta e oito horas depois; na saliva, passadas quatro horas; e no leite cinco horas depois.

É curioso registar a afirmação de Gaud de que o mercúrio aparece mais depressa na urina, depois duma injecção insoluvel (calomelanos), que depois duma injecção soluvel.

Depois duma cura de três semanas a um mês, a eliminação do mercúrio póde durar algumas semanas, mêses e até anos.

Enumeremos os acidentes do tratamento mercurial — nodulosidades dolorosas, os abcessos e mesmo fleimões consecutivos a injecções sub-cutaneas, musculares e intra-venosas; eritemas e foliculites das fricções; gastro-enterites das pilulas, capsulas, soluções, etc. Todos

eles são faceis de evitar desde início, variando as preparações e o modo de administração.

Porém, o acidente mais frequente é a *estomatite* com ptialismo cujo tratamento profilático consiste na higiene bocal — lavagens quotidianas com solução de cloráto de potassa, ou melhor, com água oxigenada cortada de três partes de água fervída; escovagem dos dentes, de manhã e á tarde com pós dentifricos, por exemplo:

Pó de carvão finamente porfirisado .....
Pó de quina... ..... } ãã 60 gramas

Essência de hortelã pimenta . q. b.
(Fournier).

Recorrer ainda á ablação do tártaro dentário, á obturação de todos os dentes cariados, á extração das raizes e á supressão duma prótese capaz de excoriar as gengivas.

Torna-se indispensavel ainda graduar as dóses dos sais soluveis, e fazer a *iodagem* das gengivas suspeitas.

O tratamento curativo consiste — na suspensão do tratamento mercurial; nas lavagens frequentes, de duas em duas horas, com uma grande quantidade de solução antísética quente — cloráto de potássa e água oxigenada alternadas, etc.; e em tocar as gengivas tumefactas e as ulcerações com tintura de iôdo, ou com uma solução hidro-alcoolica de azul de metileno á satura-

ção, quer ainda pensando as ulcerações com algodão embebido na seguinte mistura:

Glicerina..... .. 8 gramas

Salvarsan ..... 20 decig.

Os acidentes mais raros, como — perturbações gástricas e vómitos; diarreias dolorosas, até sangrentas ou mesmo gangrenosas; os eritemas cutaneos escarlatiniformes; a oliguría e albuminuría num rim doente, podendo ir até á uremía, etc., carecem do tratamento profilático acima indicado, e o tratamento curativo é o de todas as intoxicações — supressão do toxico, facilitar a eliminação pelo regimen lácteo e bebidas abundantes, administrar dissolventes do mercúrio, e por último, um tratamento sintomático de cada localisação, sem comtudo contrariar o esfôrço eliminador do organismo.

*

* *

Os iodêtos de potássio e de sódio, são preciosos adjuvantes do tratamento mercurial, em todos os períodos da sífilis.

Téem sido emitidas várias hipóteses para explicar a acção dêstes medicamentos na sífilis.

Supoz-se muito tempo que, pela sua acção estimuladora da circulação periférica e visceral, permitiriam simplesmente uma impregnação mais profunda dos ele-

mentos celulares pelo mercúrio, que seria o único específico.

Porém, hoje a maior parte dos autôres recusam aos iodêtos toda a acção verdadeiramente específica, admitindo apenas que vão actuar como *resolutivos* exercendo acção só contra os acidentes.

As indicações desta medicação resumem-se nos dois princípios seguintes: 1.º o *iodêto deve ser sempre associado ao mercúrio*, excepto quando ha intolerancia para o mercúrio; 2.º o *iodêto deve ser empregado em todos os períodos da sífilis — sempre que existam sifílides infiltradas* ou *fagedénicas* de que desejamos obter a resolução.

Como o iodêto é congestionante e hemorragiparo, é pois contra-indicado nos doentes portadores de lesões laringeas; tuberculoses congestivas; nos nefríticos agudos e sub-agudos de urinas carregadas, pouco abundantes e relação azoturica fraca; e em todos os doentes susceptiveis de fazerem hemorragías graves.

A direcção do tratamento iodetado na sífilis, indicada por Fournier e Richaud é a seguinte: duas gramas por dia para um homem adulto, uma grama a uma grama e meia para uma mulher, como dóse inícial. Depois de reconhecida a tolerancia para o medicamento, será elevada gradualmente a dóse a três e quatro gramas por dia, e em certos casos (acidentes cerebrais, gômas do véu do paladar, etc.) até seis, oito, e dez gra-

mas. Nestes casos póde-se e deve-se associar o mercúrio ao iodêto — tratamento mixto sobreposto ou alternado.

O tratamento mixto sobrepôsto consiste na administração simultanea do mercúrio e de iodêto, quer associados numa mesma preparação farmaceutica (por exemplo, xarope de Gibert), ou isoladamente.

É no entanto preferivel administrar os dois remédios separadamente para se poder graduar á vontade as dóses de cada um.

É ainda frequente fazer o tratamento iodetado paralelamente ao tratamento mercurial e durante o mesmo tempo, por exemplo — vinte dias de mercúrio e de iodêto, dez dias de repouso e recomeçar depois.

Outras vezes, porém, fazem-se primeiro, injecções de mercúrio, dez dias de iodêto e dez dias de repouso. É o tratamento alternado.

Vejámos, por fim, as transformações porque passam no organismo o iôdo e os seus derivados.

O iôdo *em nature* é absorvido pela péle e vias respiratorias. Todas as mucósas absorvem os iodêtos, mas é principalmente pela via digestiva que penetra o iodêto no tratamento da sífilis (boca e recto); havendo, no entanto, preparações para injecção sub-cutanea, por exemplo — a *iodipina*.

Convém mandar tomar o iodêto no leite e durante as refeições. Quando o estomago o suporta mal, póde

deitar-se a dóse de iodêto a absorver, na água que se bebe diariamente, podendo depois cortá-la com vinho.

Para assegurar a tolerancia para o iodêto, associa-se-lhe muitas vezes a tintura de beladona.

| | |
|---|---|
| Iodêto de potássio..... | 40 gramas |
| Tintura de beladona..... | X L gôtas |
| Água distilada ..... | 160 gramas |

(Uma colher de café contém, 1g,25 de iodêto).

(Brocq).

O iôdo é, absorvido pelo estómago sómente no estado de combinação alcalina (iodêto de potássio, ou sódio) ou albuminoidica (iodalose, iodona, que são administrados na dóse de vinte gôtas por dia).

Uma vez no sangue, os iodêtos alcalinos em presença do protoplasma vivo, dão um desprendimento de iôdo (Binz) o mesmo acontecendo ás combinações albuminoidadas.

A eliminação faz-se muito rapidamente pela urina leite, saliva, lagrimas, suores, mucus nasal, mucus bronquico pelo proprio muco gástrico.

*

* *

Á medicação arsenical que, desde época bem remota, vinha sendo associada á medicação hidragirica e iodada nos sifilíticos anemiados, escrofulosos, tuberculosos, etc., quer a título de reconstituinte geral ou como reforçador da acção mercurial, bem recentemente foi reconhecida e proclamada a sua acção específica na sífilis, conclusão a que se chegou pelos resultados obtidos com o emprêgo de anilarsinato de soda (atoxil), composto arsenical descoberto por Bechamps em 1863 e só estudado fisiologicamente por Blumenthal em 1902.

Para que o atoxil exercesse a sua acção específica na sífilis, era indispensavel o emprêgo de dóses massiças dêste sal de que resultavam complicações graves. Postos então de parte os arsenicais minerais, tentou-se chegar por síntese a descobrir um corpo arsenical orgánico dotado da maxima actividade anti-sífilítica e da mínima toxidez.

Foram Mouneyrat em França, e Ehrlich na Alemanha que mais particularmente se dedicaram ao estudo deste problema, resultando das longas e pacientes investigações a constituição de compostos arsenicais de indiscutivel valor:

A *hectina* (benzosulfono — paramino — phenyl—arsinato de soda (Mouneyrat) e o *salvarsan* (606) e *neosarvalsan* (914) descobertos por Ehrlich.

A hectina na dóse quotidiana de 0.$^{g}$1 a '0,$^{g}$2 administrada em ingestão ou injecção, torna-se notavelmente

activa e curativa — sobre o cancro duro; no período secundário, sobre as erupções cutaneas e mucosas e os acidentes oculares (iritis); e no período terciário sobre os acidentes gomósos, ulcerósos e esclerósos.

A sua acção leva mais tempo a manifestar-se nas sifílides papulosas, miliares e psoriasiformes que necessitam dum tratamento mais intenso e mais prolongado.

A acção dêste medicamento parece nula nas manifestações parasifilíticas Quando ha lesões antigas, do fundo do olho, com alteração especial do nêrvo ótico é formalmente contraindicada esta medicação.

Hallopeau formúla um tratamento *abortivo*, da sífilis com — a hectina, o mercúrio e o iodêto de potássio. Injectava a hectina á volta do cancro, no espaço compreendido entre êste e os ganglios infectados — vinte centigramas por dia e durante um mês.

O cancro era pensado com uma pomada que contivesse trinta por cento de hectina.

Ao mesmo tempo fazia-se uma injecção de mercúrio todos os dias e durante quinze dias. O iodêto de potássio completava a cura.

Resta-nos falar das preparações de Ehrlich — *606* e *914* e ainda mais recentemente das de Mouneyrat — *1116* e *1151* medicamentos de um incontestavel valor terapeutico no tratamento da sífilis.

O *606* ou dicloridrato de dioxidiaminoarsenoben-

zol, é soluvel na água, dando uma solução neutra onde precipita, redissolvendo-se por alcalinisação.

Emprega-se em injecções intra-venosas, em injecções rectais, e em injecções locais intra-musculares.

O *914*, combinação do arsenobenzol com o formaldeído sulfoxílato de soda, tem a vantagem de ser menos toxico que o *606*, é mais rapidamente eliminado, mais activo e melhor suportado e ainda a solução é mais fácil de preparar que a do *606*. O *606* com que Ehrlich contava obter a esterilisação massiça do organismo dos sífilíticos, parece ter uma triplice acção — destruir os treponemas, revolver os infiltrados neoplasicos específicos (Ehrlich), e activar a proliferação cicatrisante dos epitélios (Gaucher). A sua acção, como a do *914*, é manifesta sobre as lesões cutaneas e mucosas, nomeadamente sobre as lesões ulcerosas de todos os períodos, e sobretudo, quando são superficiais.

A característica mais nítida dêstes compostos é a sua rapidez e precocidade, mas se atuam mais rapidamente que o mercúrio, a sua acção, é porém, muitas vezes, momentanea (Gaucher), razão porque Neisser e Ehrlich aconselham a que se submeta os doentes a injecções repetidas, afim de evitar recidivas.

Não é, contudo, sem perigos que se faz uso dêsta medicação. Os acidentes toxicos que sobrevieram ao uso imoderado dêstes compostos arsenicais, fizeram calmar o entusiasmo das primeiras horas e levaram al-

guns autôres, a regeitar o *606* e o *914*. Trabalhos francezes ulteriores a Ehrlich registaram acidentes toxicos, nomeadamente para o sistêma nervoso e para o rim. Citam-se casos de polinevrite arsenical ou pseudo-tabes; acidentes graves e precipitação da doença na paralisía geral, e até casos em que o *remédio* foi mortal na sífilis do cérebro. Como se vê, êstes acidentes nervosos surgem em indíviduos predispostos anteriormente e daí a contraindicação do *606* e *914* sempre que haja lesões importantes e anteriores dos centros nervosos.

Gaucher registra tambem acidentes sobre o rim, citando quatro casos de morte em indíviduos portadores de nefrites sífilíticas denunciando assim "o perigo do arsénico nas nefrites".

*Indícações.* — O arsenobenzol e neoarsenobenzol são indicados no tratamento da sífilis, em qualquer dos períodos, e sempre que se torne necessário um tratamento de assalto.

Vamos expôr muito sumariamente a linha de conduta seguida por Gaucher e Herzen.

I — O tratamento mercurial é o tratamento habitual da sífilis, o tratamento "*de fond*".

II — O "*606*" e "*914*" são formalmente indicados:

1.° — Quando o cancro é recente e se póde esperar ainda prevenir a eclosão de acidentes secundários;

2.° — Quando os sífilíticos apresentam uma intole-

rancia especial para o mercúrio (estomatite, perturbações digestivas, eritema);

3.º — Quando uma recidiva sobrevem apesar de curas mercuriais repetidas;

4.º — Nas sífilis activas perigosas que não podem esperar, e que uma estomatite impede de tratar pelo mercúrio;

5.º — Quando é preciso atuar depressa e intensamente para conter os acidentes nervosos — cefaleia secundo-terciária intensa e contínua, linfocitóse raquidiana abundante, meningite do período secundário;

6.º — Quando o mercúrio é impotente (sífilis maligna precoce, sífilis acneiforme, sífilis queratósica palmar e plantar, glossite esclerósa, sifilôma hipertrófico difuso do lábio, úlceras das pernas com periostite, artropatias sífilíticas, osteites deformantes da tíbia e irítis rebeldes);

7.º — Quando se trata de lesões destruidôras (sífilis fagedénica e terebrante), ou simplesmente *estigmatisante* (sífilis mutilante da face).

8.º — Nos sífiliticos que realisam todas as condições de admissão ao casamento formuladas por Fournier, (ausencia de acidentes específicos actuais, idade avançada da diátese, caracter não ameaçador da infecção tratamento específico suficiente, etc.) apresentando no entanto uma sero-reação posítiva.

Facultativamente, poder-se-ha usar desta medicação

— como medida de *protecção social* — em determinados sífilíticos portadores de acidentes multiplos *afichantes* ou de placas mucósas contagiosas e ainda quando ha sifílides generalisadas ou localisadas graves, tornando-se então, qualquer destes medicamentos, um excelente meio de *«degrossir»* um doente muito infectado, sendo bastante uma injecção e depois continuar o tratamento mercurial.

Em todos os outros casos, embora falte a indicação formal, convém *associar a arsenoterápia ao tratamento mercurial,* quando esta combinação fôr possivel, porque êstes dois modos de tratamento completar-se-hão e vão concorrer separadamente ou simultaneamente, para a realisação duma terapeutica de efeitos curativos certos e cuja acção preventiva se ha-de tornar dia a dia, menos problematica.

III — É preciso prevenir os doentes que as injecções de *606* ou *914* não os colocam ao abrigo de recidivas, tornando-se indispensavel em todos os casos onde não ha uma contra-indicação formal, fazer *preceder* e *seguir* as injecções de *606* e *914,* de injecções mercuriais, porque as dóses fracas de *606* e *914* associados aos mercuriais, dão, com menos perigo, os mesmos efeitos que as dóses fortes sem mercúrio.

*Contra indicações.* — O arsenobenzol e neoarsenobenzol são contraindicados nas afecções orgánicas pronunciadas — cardiacas (sobretudo miocardites), vascu-

lares, renais, hepáticas, nervosas, nas úlceras do estómago e duoedeno, quando ha lesões do fundo do ôlho ou do nervo acustico, no alcoolismo, nas cachexias, nos doentes com mais de cincoenta anos, nos recemnascidos e nos doentes que apresentam idiosincrasía para o arsénico ou já estão sendo tratados por esse medicamento.

Porém, alguns autôres, dizem que o método de muito pequenas dóses, vigiado e repetido prudentemente, póde melhorar algum dêstes doentes.

Assim Hudelo, Milian, Widal e Javal publicaram casos de nefrite sífilítica muito melhorados com o uso do *606* e *914*. Apontam-se tambem doentes atingidos de cefaleias rebeldes, de sífilis cerebral de paralisía geral, com caracter epilética, de hemiplegía com ou sem afasía, de paraplegía, de tabes, de paralisía geral, melhoradas, quando as lesões não eram muito antigas, conseguindo-se ainda interromper a marcha da afecção.

Ehrlich cita casos de nevrite ótica, de neuro-retinite e chorio-retinite melhorados e até curados. Outros autôres apontam ainda casos de irítis, com sinequias rebeldes ao mercúrio, com forte diminuição de acuidade visual, curadas rapidamente.

.... .....

*Escolha do método da injecção.* — Qualquer dos dois compostos arsenicais estudados póde ser dado em injecção intra-venosa, intra-rectal ou intra-muscular,

no entanto o primeiro método é o que deve ser seguido porque — não dá nenhum acidente local, nenhuma dôr, actua mais depressa e com mais intensidade.

*Escolha de dóses.* — É motivo ainda de largas discussões o que equivale a dizer que não está assente em definitivo o caminho seguro por onde se enveredar.

Contudo Gougerot aponta-nos três métodos.

O *primeiro método* é o das *dóses fortes* no mais curto espaço de tempo. Como exemplo segue o método das quatro injecções de Milian:

| | | |
|---|---|---|
| 1.º dia — Injecção intra-venosa | de 0,30 | de 606 ou 0,45 de 914 |
| 5.º „ | „ 0,40 a 0,50 | 0,75 |
| 10.º „ | „ 0,50 a 0,60 | 0,90 |
| 20.º „ | „ 0,50 a 0,60 | 0,00 |
| | (Total 1,80 a 2,10) | |

Este primeiro método é sómente reservado *aos cancros de começo, antes do fim do período primário,* na época em que o sistêma nervoso ainda não fôra invadido e em que era preciso tambem actuar depressa e intensamente para impedir a generalisação da infecção. Nunca se passa a uma dóse superior se a dóse precedente não tiver sido perfeitamente tolerada.

O segundo método — *das dóses fracas mas repetidas,* é indicado nos *sifilíticos fracos,* nos caquéticos e

nos nervósos ameaçados de acidentes. A primeira dóse será de dez centigramas e as seguintes de quinze, vinte, vinte e cinco, e trinta, não passando nunca desta última.

O 3.º método que consiste *em começar por dóses fracas que depois vão subindo progressivamente*, será aplicado — em todos os sífilíticos que estejam no fim do período primário, nas sífilis secundárias e nos casos de sífilis terciárias, nomeadamente quando existam lesões nervosas embora latentes.

Começa-se por dez ou quinze centigramas, a segunda será de vinte, a terceira de trinta, quarenta, cincoenta, até sessenta centigramas, de *606* e *914*.

Herzen aconselha dóses diferentes consoante o fim que se deseja, (tratamento curativo duma lesão, ou tratamento abortivo da doença desde o seu início) e conforme o estado físico do doente. Na opinião dêste autôr, êstes compóstos arsenicais só deverão ser administrados em injecções intra-venósas, tendo o cuidado de fazer uma primeira injecção de quinze centigramas de *606* e *914* para os homens e de dez para as mulheres.

Se depois da injecção não aparecem sinais de intolerancia, administra-se uma dóse ligeiramente mais elevada, passados oito dias, fazendo depois, se as injecções são bem toleradas, seis, oito e dez novas injecções, aumentando progressivamente a dóse de dez a quinze centigramas de cada vez, para atingir a dóse normal (um centigrama por quilo do pêso do corpo

ou setenta e cinco centigramas na mulher e noventa centigramas no homem), e de maneira a injectar uma dóse total, por séries, de quatro a cinco gramas de *914*.

Dos resultados obtidos bem parece que o melhor método arsenoterápico é o *tratamento crónico e intermitente, continuado durante um ano a um ano e meio* afim de evitar recidivas.

Este método das dóses fracas, frequentes e repetidas em séries, evita os inconvenientes e os perigos das injecções intra-venósas em dóses fortes.

Não se deve passar de trinta ou quarenta centigramas para o 606, e de quarenta e cinco ou sessenta centigramas para o 914.

As injecções são dadas em séries de oito, nove ou dez injecções, separando cada série, um período de cêrca de trinta a sessenta dias.

Se depois duma injecção se manifestarem fenómenos reacionais intensos mas que tornem a desaparecer ao fim de oito dias, póde-se fazer outra injecção mas *sem aumentar a dóse*. Se ao fim de oito dias, esses fenómenos persistem, será prudente *diminuir ligeiramente a dóse da injecção ou esperar mais alguns dias*, até desaparecerem todos os fenómenos.

Se as injecções seguintes são bem suportadas póde-se começar a elevar as dóses.

*Sinais de intolerancia.*—Nunca se repéte uma injecção nem se aumenta a dóse desde que não tenha

sido bem suportada a anterior, sendo pois, de capital importancia, vigiar o doente e saber tambem quando uma injecção é bem tolerada.

Os arrepios e a febre que véem depois duma injecção mas que desaparecem no mesmo dia da injecção, não téem importancia; mas se as cefaleias e as nauseas persistem no segundo dia e nos dias seguintes, aparecendo mesmo uma febricula durante os três ou quatro primeiros dias, o médico vigiará atentamente.

Os fenómenos de intolerancia podem ainda ser mais ligeiros e produzem-se durante ou depois da injecção (Milian) — sensações gustativas (gôsto ao éter, salgado, aliáceo) ou olfativas aparecendo com notavel rapidez no correr da injecção e acompanhando-se muitas vezes de diminuição de frequencia do pulso, hipersecreção lacrimal e nasal; por vezes cefaleia, brusca sensação de angustia abdominal, diarreia serósa, tumefacção testicular, etc.

Em face dêstes *pequenos sinais* e principalmente quando aparecem os *grandes sinais*—crise nitritoide, vómitos incoerciveis, diarreia, eritema, icterícia, etc., sendo indispensavel continuar o tratamento pelo *606* ou *914*, é preciso esperar alguns dias, durante os quais se instituirá o tratamento mercurial e iodetado, a menos que não haja contraindicação. Deve recomeçar-se o tratamento por dóse inferior áquela com que se provocaram os acidentes e injecta-se preventivamente adrenalina,

Milian, injecta sob a péle, cinco minutos antes de fazer a injecção, um miligrama de adrenalina pura. Seis, horas, depois, manda fazer uma injecção intramuscular, na mesma dóse, renovando, conforme as circunstancias, os dias seguintes. Milian conseguiu assim suprimir alguns sinais de intolerancia.

*Preparação das soluções de 606* e *914*. — Deita-se o *606* num balão de cêrca de tresentos c. c. e que contenha algumas contas de vidro. Depois, muito devagar e tendo o cuidado de agitar constantemente, juntam-se-lhe cincoenta centímetros de água salgada (água destilada e esterilisada recentemente adicionada de 0,60 por 100 de clorêto de sódio) aquecida a 30° ficando então dissolvido o *606* e dando um líquido límpido e ácido.

Em seguida, acrescenta-se-lhe sóda a quinze por cento, mas gôta a gôta, obtendo-se um líquido turvo e formando-se um precipitado; continuando a deitar a sóda o precipitado dissolve-se ficando depois um líquido límpido *amarélo côr do ouro*.

Para dar ao soluto a iperalcanisação indispensavel, bastará agora acrescentar algumas gôtas mais de sóda depois de dissolvido o precipitado.

Para a preparação da solução do *914* basta dissolver o *914* na água bidistilada fria ou do sôro fisiológico e na proporção de um ou três centímetros cúbicos de água para cada centigrama de medicamento.

Os aparelhos injetôres que mais frequentemente

aparecem para a injecção destas soluções aquósas diluídas compõem-se de dois reservatórios de vidro, um para a solução medicamentosa e o outro para a água salgada pura, reunidos por um tubo em Y.

O ramo terminal, de cêrca de dois metros de comprido, está munido dum de vidro situado a trinta centímetros da extremidade inferior estando a esta extremidade adaptada uma agulha de platina.

Esta disposição permite injectar a princípio a água salgada pura e assegurarmos-nos de ter introduzido a agulha na veia, e ainda, depois de terminar a injecção medicamentosa, póde injectar-se uma pequena quantidade de água salgada pura para lavar a parede da veia.

O emprêgo das soluções diluídas de *914* caiu em desuso e o método de Ravaut *(preparação das soluções concentradas)* é hoje o de uso corrente por razões várias que nos abstemos de expôr para não tornar fastidioso o assunto.

Esse método consiste em deitar num recipiente esterilisado, oito a quinze centímetros cúbicos de água destilada e esterilisada recentemente a que se acrescenta o *914*. A dissolução é rapida. Filtra-se e aspira-se com uma seringa de vinte centímetros cúbicos. Expurga-se o ar da seringa e faz-se sem demora a injecção intravenósa que deve ser feita vagarosamente (Milian).

*Preparação do doente.* — Deve-se fazer préviamente um exame somatico completo. Investiga-se ainda se ha

idiosincrasia para o arsénico prescrevendo ao doente, a título de ensaio, durante um ou dois dias, arseniáto de soda na dóse de um centigrama por dia.

O doente deverá ser preparado de véspera, deve ter o estómago vasío, não devendo ter ingerido alimentos sólidos três ou quatro horas antes, nem líquido ha menos de duas ou três horas.

Ao doente deve aconselhar-se a permanecer na cama o resto do dia e não beberá senão líquidos — leite, caldos, e águas alcalinas ou mesmo champanhe gelado quando sentir nauseas. No dia seguinte retomará as suas ocupações habituais mas sem se fatigar, rodeando-se de cuidados até ao terceiro dia, época em que aparecem os acidentes. Alguns médicos chegam aaconselhar o repouso na cama durante três a quatro dias.

Por vezes a injecção é seguida duma reacção geral mais ou menos intensa — arrepíos, febre, nauseas, diarreia, cefaleias, prostação; mas tudo desaparece no dia seguinte. Os acidentes sífilíticos são tambem por vezes momentaneamente *ativados* pelo *914* mais ainda do que pelo *606*, mas esta exacerbação desaparece sob a influencia das injecções seguintes e é atenuada ainda por um tratamento mercurial anterior e paralelo.

Ainda se dá o *606* e *914* em clister e injecções locais, mas raras vezes.

Resta-nos fazer referência aos preparados arsenicais recentemente preconisados para o tratamento da

sífilis e apodados de mais eficazes e menos inofensivos que o *606* e *914*.

Esses compostos são o *Galyl* (*1116* e o *1151*) *Ludyl* de Mouneyrat e o *Disodo-Luargoll* (*102*) de Donysz.

Os primeiros são produtos soluveis numa solução aquósa de carbonáto de sóda puro e sêco a dôze por mil. Empregam-se nas dóses de 0,48 a 0,55.

As soluções encontram-se já preparadas no mercado.

É sempre preferivel administrá-los por via *intravenósa* quer em dóses fraccionadas (método de escolha) ou em dóses médias.

O primeiro método consiste em fazer todos os oito dias uma injecção intravenósa de vinte centigramas de Galyl, e fazer oito ou dez injecções.

Havendo intolerancia, abaixa-se a dóse ou fazem-se as injecções com intervalo de oito dias.

No segundo método faz-se a primeira injecção de vinte centigramas e as oito ou dez restantes de vinte e cinco centigramas.

Se um mês depois da última injecção de Galyl, a reacção de Wasserman fôr posítiva, recomeça-se o tratamento passados dois mêses e assim sucessivamente durante o primeiro ano até a reacção dar negativa.

No *segundo ano* deve-se fazer uma cura de quatro em quatro mêses; e no *terceiro* e no *quarto ano* injectar o Galyl de seis em seis mêses.

Estes compostos arsénico-fosforados orgánicos parecem possuir uma grande atividade terapeutica aliada a uma nocividade mínima. Vinte e cinco centigramas de Galyl equivalem a sessenta centigramas de *914*, e trinta e cinco centigramas de Galyl a sete e meia centigramas de *914*.

O *Disodo-Luargol* (*102* de Danysz) tem, na opinião de Milian, uma atividade terapeutica consideravel.

Fazem-se injecções intravenósas nas dóses progressivas de cinco a trinta centigramas até atingir a dóse média de um grama e meio.

As injecções são feitas com intervalo de quatro dias.

Pessoalmente nada podemos dizer acêrca dêstes compóstos porque nunca usámos deles.

*

* *

Ha tendencia em esquematisar o tratamento da sífilis nalgumas equações. "A escolha das dóses, a repetição, a interrução, o recomeçar das séries de tratamento, variam com cada caso e devem ser estudados para cada caso". Gougerot.

Não será descabido lembrar as palavras de Fournier:

"Á les indications thérapeutiques qu'on peut don-

ner, ne sont que les formules générales, applicable tout au plus aux cas d'ordre commun et passibles, à l'infini, d'amendements, d'attenuations, des modifications de tout ordre et cela suivant des eventualités multiples particulière à chaque cas individuel".

O médico deve ter em conta a idade, o sexo, o pêso, o temperamento do doente, a sua hereditariedade, o seu estado anterior, a sua resistencia, o estado das visceras, a evolução de doença, a fórma dos acidentes, etc.

*É funcção do bom médico adaptar o tratamento a cada caso particular.*

---

VISTO E PÓDE IMPRIMIR-SE

*Maximiano de Lemos.*

## Observação

No texto ha êrros tipográficos que me abstenho de anotar aqui, visto que são facilmente corrigiveis pela leitura.



# Bibliografia


**A sifilis** por Manuel Bento de Souza.

**O tratamento das boubas no Hospital Rial de Todos os Santos em principios do século XVI**, por Sebastião Costa Santos.

**Traité d'Anatomie Humaine**, par L. Testut.

**Le Microorganisme de la sifilis**, par Levy-Bing.

**Dictionaire Encyclopédique des Sciences Médicales**, Directeur A. Dechambre et L. Lerboullet.

**Dystrophia genito-glandular**, por Oscar de Souza e Aloysio de Castro.

**Maladies des organos genitaux de l'homme.**

**Nouveau Traité de Chirurgie**, par A. La Dentu et P. Delbet.

**Manuel d'Histologie Pathologique**, par Cornil et Ranvier

**La syphilis**, par J. Castaigne — F. Treinolieres.

**Traité Elementaire de Physiopathologie Clinique**, par J. Grasset.

**Therapeutique Generale Basée sur la Physiopathologie Clinique**, J. Grasset.

**Traité de la syphilis**, par Alfred Fournier.

**Traité théorique et pratique des maladies vénérienes**, par Edmond Langlebert.

**Traité pratique de la syphilis**, par Henri Berdal.

**Précis de Pathologie externe**, par E. Forgue.

**Le traitement de la syphilis em clientèle**, par H. Gougerot.

**Les médicaments usuels**, par le docteur Alfred Martinet.

**Guide-formulaire de therapeutique**, V. Herzen.

**Traité complet des maladies vénériennes**, par le docteur Philippe Ricord.