

I

António Martins Barbosa

ALGUNS CASOS
DE REINFECCÃO
SIFILÍTICA

Breves considerações

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



200/1 FMP

Dezembro—1921

ALGUNS CASOS DE REINFECÇÃO SIFILÍTICA

1921
LIMBRESSE E INOVARTE
de Jaime V. Rodrigues
501, Rua José F. de S. S.
PORTO

ALGUNS CASOS DE REINFECÇÃO SIFILÍTICA

————— 1921 —————
IMPRESA NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
————— PORTO —————

ALGUNS CASOS
DE REINFECÇÃO
SIFILÍTICA

Breves considerações

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA À
FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Dezembro — 1921

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Agular
Anatomia patológica	Dr. António Joaquim de Souza Júnior
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene e Epidermiologia	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia cirúrgica (anatomia topográfica e medicina operatória)	Vaga
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica e clínica de moléstias infecciosas	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral e hidrologia médica	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica obstétrica	Vaga
História da medicina e Deontologia médica	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luis de Freitas Viégas
Psiquiatria e psiquiatria forense	Dr. António de Souza Magalhães e Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett

Professor com licença ilimitada

José de Oliveira Lima

Professor Jubilado

Pedro Augusto Dias — Lente catedrático

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

GRUPO DOCTORE

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.


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



À SAGRADA MEMÓRIA
DE
MINHA SANTA MÃE

À vossa imagem trago-a sempre
gravada no meu coração.

SAUDADE INFINDA



A meu Pai

*A minha profissão a vós a devo.
Jámais esquecerei tudo que por mim
tendes feito. Gratidão indelével.*

A meus irmãos

José, Adolfo e Fernando

E

A minhas cunhadas

Tereza e Marília

Um grande abraço

À minha Família e em especial
aos meus queridos primos

Carminda e Alberto Andrade

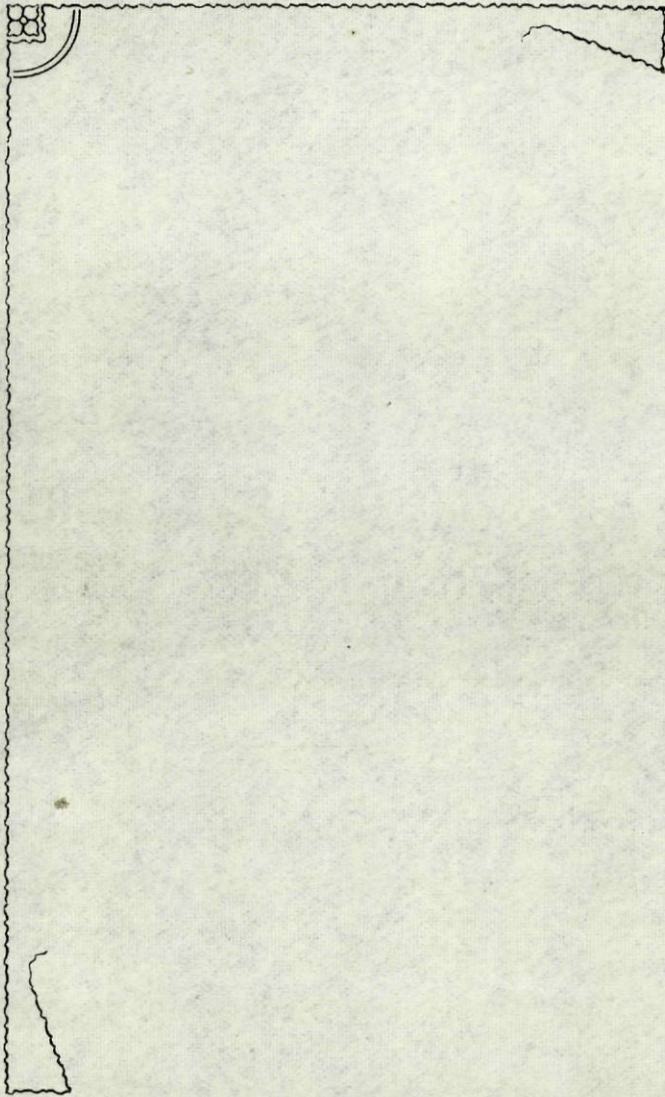
*Reconhecerei sempre a vossa amizade.
Nunca poderei esquecer o que vos devo.*

Aos meus discípulos
e contemporâneos

Ao meu ilustre professor
e digníssimo Presidente de Tese

Dr. Alfredo da Rocha Pereira

Com admiração e profundo reconhecimento
o discípulo muito grato.



Explicações prévias

*Pour juger de celui qui se fait auteur il
faut d'abord se dire:
Qu'est ce que j'aurais fait á sa place ?*

LA BRUYÈRE.

Em obediência à lei que nos obriga como complemento do nosso curso médico a apresentação e defesa duma tese final, é que foram escritas estas despretenciosas notas. Se pode ser emprêsa fácil para os privilegiados do talento e do estudo, significa para os outros uma tarefa cheia de embaraços e dificuldades.

Sem preparação sufficiente para abordar tão espinhoso assunto, sem leituras onde recorrer visto o seu estado actual, tivemos por vezes sérias hesitações. Que nos sirvam pois de atenuantes as razões apontadas para as deficiências que neste trabalho se encontrarem e que no ánimo dos meus julgadores esteja presente a frase de La Bruyère: "celui qui va remplir un devoir dont il ne peut pas s'exempter est digne d'excuse dans les fautes qu'il pourra commettre".

Não esperem pois ver nestas notas algum trabalho importante, nem pela forma, nem pelo seu valor científico e aqueles que tiverem a massada de o ler que me relevem essa falta e que a minha má entrada em público seja apenas atribuída às exigências duma lei cuja inobservância me inutilisaria os meus aturados esforços de longos anos.

Ao terminar seja-me permitido agradecer a todos os que me coadjuvaram com as suas observações e sábios ensinamentos, citando particularmente reconhecido o Professor Rocha Pereira meu illustre presidente de tese, o Professor Tiago d'Almeida, o Professor Luís Viégas, o distinto sifilógrafo Dr. Gomes da Costa, os Drs. Casimiro de Oliveira, Henrique Lecour, meu irmão José Barbosa e Júlio Formigal.

A todos muito obrigado.

SÍFILIS

CAPÍTULO I

Sua definição e resumo histórico

A sífilis é uma doença infecciosa específica transmissível por contacto ou por hereditariedade e devida ao *Treponema pallidum*, descoberto em 1905 por Schaudinn e Hoffmann.

A história científica da sífilis data do fim do século xv e, segundo pensam muitos autôres, foi trazida da América para a Europa por Cristóvam Colombo e seus companheiros em 1493. Contudo afirmam outros ter tido a sua origem na Ásia oriental, essa terra clássica cuja história se perde na noite dos tempos, pois que já tem sido encontradas descrições dêsse mal nos livros sagrados de história antiga da Índia, parecendo corresponder-lhe bastante exactamente.

A opinião, porém, hoje mais geralmente admitida é que a sífilis fêz a sua aparição na Europa sómente no fim do século xv, época das grandes

guerras de Carlos VIII em Itália. É pelo menos desde essa data, depois da famosa epidemia de 1495, que se conhecem as descrições um pouco detalhadas dessa doença. Sobre a sua origem foram feitas as mais bizarras suposições, reflectindo-se nelas o espírito crédulo dêsse tempo, tendo-se-lhe assim attribuido successivamente a malina influencia dos astros, as intempéries dos ares, o uso da carne humana e enfim as relações de bestialidade entre homens e cavalos atingidos de sarna.

Evidentemente a sua origem é mais antiga, pois que na China assim como na Índia existem livros muito antes da era de Cristo que se referem a êsse mal, descrevendo o cancro como uma úlcera vermelha produzida por um vírus de natureza particular e comunicável por contacto, observando-se êste acidente nas partes genitais do homem e da mulher, mas encontrando-se também na boca, na garganta, no nariz, no ânus, ou na extremidade do intestino grosso.

Aparece geralmente do terceiro ao nono dia, só ou acompanhado dum grande número de accidentes do mesmo género, começando por uma pequena mancha vermelha tumefacta no centro e causando ou dôr ou um prurido muito vivo; pouco tempo depois no meio da úlcera mostra-se um ponto branco que forma cavidade e aumenta insensivelmente em largura e profundidade. No fundo percebe-se uma espécie de pele firme, espessa, de côr esbranqui-

çada, os bordos tornam-se igualmente duros, a pique com dentaduras desiguais. Os acidentes secundários são também mencionados quando se referem às úlceras consecutivas da boca, da garganta e do nariz, às placas mucosas da região anal, às erupções cutâneas, assim como aos acidentes terciários, num último parágrafo intitulado cancro do nariz, escoamento purulento, ulceração, destruição do septo das narinas, etc.

A sífilis era também conhecida dos gregos e dos romanos, como parece depreender-se das descrições de Areteo.

Nalguns, diz êste médico, a úvula era destruída até ao osso palatino e as fauces até à raiz da língua e da epiglote; fala também na corrosão da tibia e em dôres osteocopas.

Na idade média assim como na antiguidade foram conhecidas as manifestações da sífilis, mas não a sífilis propriamente dita, tendo sido confundida com outras doenças com manifestações cutâneas, como a lepra, tuberculose, psoríasis, etc.

Foi sómente depois da famosa epidemia do fim do século xv que a sífilis foi melhor conhecida. Os médicos e historiadores dessa época assinalaram-na como uma nova doença, ignorando porém a data e o logar do seu aparecimento. Os italianos atribuem-na aos franceses, visto ter aparecido na Itália depois da expedição daqueles contra os napolitanos, motivo provavelmente porque lhe cha-

mam mal francês, designação que se apressaram a adotar os alemães visto ter-se generalizado rapidamente no seu país, assim como na Dalmácia, na Macedónia e na Grécia.

Da mesma maneira, com a mesma razão os franceses chamaram-lhe mal de Nápoles. No fim do século xvi houve um decrescimento como o afirmam a maior parte dos sifilígrafos dessa época tendo no fim dêste século desaparecido a forma epidémica principalmente nos logares da sua maior intensidade.

Apezar de ter perdido o seu carácter epidémico, tem continuado a grassar com uma intensidade medíocre e sob uma forma simples e benigna, tendo-se já espalhado por tóda a superfície do globo, podendo em certas circunstâncias tomar uma maior acuidade. Assim, pois, tem continuado através dos tempos a sua observação mas sem grande progresso de conhecimentos, chegando ainda até 1852 a ser confundida com o cancro simples, sendo ainda há pouco (1905) descoberto o seu agente parasitário por Schaudinn e Hoffmann, como já foi dito.

CAPÍTULO II

Breves considerações

O problema da reinfecção sifilítica, à luz hodierna dos novos processos de investigação e de terapêutica, modificou-se por completo.

É assim que a reinfecção sifilítica, que outrora era considerada como quási impossível, não passa actualmente dum fenómeno banal. Desde a introdução dos arsenicais ou melhor do salvarsan e neo-salvarsan na terapêutica anti-sifilítica verificou-se que a marcha da sífilis foi muito modificada. Com efeito, desde esta época tem-se notado em numerosos doentes a aparição de acidentes que anteriormente eram excepcionais. E hoje é um facto absolutamente assente e admitido pela maioria dos sifilígrafos contemporâneos, que uma cura completa pode ser obtida, quando um diagnóstico preciso, com elementos de certeza como a ultra-microscópia e a Reacção de Wassermann, pode

ser posto a tempo e horas e uma terapêutica inteligentemente dirigida combateu a infecção desde o seu início.

Se já alguns observadores autorizados como Diday, Hudelo, etc., antes da intervenção dos arsenicais na terapêutica, tinham publicado factos seguros de reinfecção sífilítica e por outro lado, de todos os tempos se conheceram doentes nos quais o terreno parecia naturalmente impróprio para o desenvolvimento da sífilis, e que curavam os seus accidentes com tal facilidade que a expressão *cura espontânea* era pronunciada e o facto admitido sem grande repugnância, porque se travaram então tão vivas e aceras discussões a propósito desta interessante questão? Naturalmente devidas à grande importância do problema, pois vinha revolucionar as antigas e estabelecidas regras de tratamento.

Porque seria que alguns sifilígrafos e distintos, que já tinham trazido ao campo da sifiligrafia o tributo notável da sua experiência, da sua inteligência e das suas investigações se recusavam à *outrance* a admitir os casos de reinfecção que sucessivamente vinham de ser publicados pelos seus colegas mais ousados na interpretação dos fenómenos?

A meu vêr era o espírito de tradição que os dominava, que fazia com que defendessem o edificio científico que com tanto labor os nossos antepassados tinham construido e no qual os golpes de ariete dos modernos investigadores pretendiam

abrir brecha e talvez mesmo abalar nos seus alicerces. Mas os casos multiplicavam-se, de toda a parte do mundo novas observações eram lançadas contra o conservantismo dos que vacilando já, esboçavam contudo ainda alguns argumentos contra a doutrina moderna. Mais casos se amontoaram e de cada vez mais precisão científica era carriada para a luz da publicidade. Vacilaram por fim os últimos defensores e hoje a grande maioria pronuncia-se abertamente pela cura da sífilis e pela possibilidade da reinfecção. Esta encontrou também a confirmação nos casos de sífilis binária de Tornovsky, isto é, nas novas sífilis que reinfectam certos heredo-sifilíticos na idade moça de 18 a 25 anos (Gaucher, Rostaine, etc.), e, facto curioso digno de registo, a enorme celeuma levantada em torno da primeira questão, isto é, da reinfecção nos casos de sífilis adquirida, não foi seguida de repercussão na hipótese que acabamos de figurar e a reinfecção nos heredo-sifilíticos foi de resto menos discutida e mais fácil e geralmente admitida do que a reinfecção depois da sífilis adquirida.

É preciso todavia pôrmo-nos em guarda contra as causas que nos podem induzir em erro, e bem numerosas elas são: no local do antigo cancro podem sobrevir endurecimentos com ulceração, difíceis de diagnosticar ou melhor muito facilmente confundíveis com uma manifestação primária. Certas sífilides secundárias são também

susceptíveis de endurecimento principalmente quando se encontram isoladas, muito se assimilando a um cancro. Evoquemos também as roséolas tardias, as roséolas de retorno também descritas por Gaucher, lembremo-nos ainda das gomas cancri-formes que tantas e tão brilhantes páginas fizeram escrever a Fournier, Gaucher, etc. Mas em compensação recordemos que estas em regra geral não contêm espiroquetas, que não são acompanhadas de adenopatias e que estas duas condições são hoje indispensáveis para cientificamente se poder afirmar a existência de uma reinfeccção.

Uma causa de êrro que devemos evitar e que é por vezes freqüente, observa-se nos casos de superinfecção e esta questão assume agora uma importância capital com certos casos ultimamente publicados e em que os autôres afirmam que o lapso de tempo em que a superinfecção se pode dar vai até alguns anos de intervalo.

Como êste ponto de vista merece a nossa atenção, vamos dar-lhe maior latitude, bordando umas considerações a propósito das observações de superinfecção apresentadas por Arzt, de Viena e Fernandez de la Portilha, de Madrid, bem como das que nos falam Oppenheim, Thalman e Covisa.

Oppenheim apresentando o seu doente à Sociedade Dermatológica de Viena, com um cancro em via de cicatrização e um exantema, aparecido dez anos depois da primeira infecção, discutindo

sobre se tratava dum caso de reinfeção ou de uma esclerose *in situ* pronuncia-se claramente pela segunda opinião.

Thalman estudando casos de sífilis secundária com lesões isoladas do tipo clínico de cancros, por vezes seguidos mesmo de exantemas generalizados, manifestações que designa sob o nome de úlceras secundárias solitárias «*pseudo-cancros de Friboes* ou *pápulas de Müller*» nega a existência de reinfeção nestes casos e funda a sua teoria de infecção endogénia, que em nossa opinião necessita de ser revista; Arzt citando os seus casos entre os quais sobressai uma doente observada em Maio de 1918 com sífilis secundária e R. Was. + se cura clínica e serológicamente, “pesquisa de treponemas nos gânglios negaviva e R. Was. — reaparece em Outubro de 1920 com um cancro no pequeno lábio esquerdo com pesquisa de treponemas positiva e R. de Was. — tanto no sangue como no líquido céfalo-raquidiano, sem ter tido relações sexuais desde Fevereiro desse ano, isto é, oito meses, segundo declarações da doente que, todavia acrescenta, é uma mulher de vida galante. Se não houvesse a história prévia da infecção luetica, não haveria dúvidas que se tratava de uma primeira infecção sifilítica.

Cumprem-se, comenta Arzt, neste caso tôdas as condições que Müller reclama para considerar como autêntica uma reinfeção, excepto no que se

refere a dados anamnesticos. Não é verosimil, que uma nova infecção pudesse ter lugar se se tem em conta não ter havido contacto algum suspeito. Folia pois Arzt êste caso numa auto-infecção no sentido que Hall dá a êste termo. Covisa com os seus dois doentes, entre êles um médico que oito meses depois do primeiro cancro, aparece com segundo não tendo tido relações sexuais há mais de cinco meses.

Fernandez de la Portilha com outrôs dois doentes, o primeiro tendo os seus cancros separados um do outro por seis meses de intervalo e não tendo tido relações sexuais desde três meses. O segundo doente apresentando entre as duas manifestações primárias um intervalo de treze meses, tendo estado todo êste tempo sem ter relações de espécie alguma. Veem êstes casos complicar mais esta questão, levando-os a criar as seguintes categorias:

PRIMEIRA

Doentes em que infecção sifilítica foi diagnosticada: clínica, bacteriológica e serologicamente: que a curaram tanto quanto é possível hoje em dia affirmar-lo: reacções serológicas repetidas e absolutamente negativas, aliadas de ausência completa e prolongada de manifestações clínicas.

Depois de novas relações sexuais suspeitas, novo ciclo evolutivo da infecção nos prazos clássi-

cos, e diagnosticada igualmente: clínica bacteriológica e serologicamente.

Êstes casos constituem o tipo da Reinfecção.

SEGUNDA

Doentes com infecção sifilítica segura: clínica, bacteriológica e serologicamente confirmada, mas não curada — tratamento insuficiente, tratamento tardio, etc. Depois de contactos suspeitos, estando ainda a primeira infecção latente, nova manifestação primária: — clínica e bacteriológicamente confirmada.

Êstes casos constituem o tipo da Super-infecção.

TERCEIRA

Doentes sifilíticos certos, clínica, bacteriológica e serologicamente, mas com a sua infecção em estado latente ou já curada, claro está, com as reacções já atrás apontadas. Sem novas relações sexuais ou contactos suspeitos, há muito tempo e com segurança admitidos, nova manifestação primária clínica e bacteriológicamente diagnosticada e seguida ou não de manifestações secundárias típicas e de reacções serológicas positivas, conforme o tratamento feito, tais os doentes de Covisa, Portilla, etc.

Êstes casos constituem o tipo de Auto-super-infecção.

Explicam estes autôres esta auto-super-infecção por um enquistamento de treponemas da primeira infecção localizado à flôr da pele ou das mucosas entre camadas córneas, logares não vascularizados e portanto inatacáveis, ou compreendidos na espessura da cicatriz do cancro, que devido à sua condição esclerosada, tão pouco é vascularizada e permite a supervivência dessas colónias, apesar das medicações mais enérgicas por via geral, por não serem atingidas.

Ficam estas colónias num estado de latência, susceptível de despertar tanto mais rápidamente, quanto mais cedo, interrompido ou insuficiente fôr o tratamento.

Basta o primeiro descuido orgânico, pequena solução de continuidade, diminuição local de defesa, devida a um aumento de número ou de virulência dos gérmens ou à permeabilização microscópica da esclerose cancerosa ou esclerose-residual de Oppenheim com imigração de treponemas, para que estes repululem e determinem um novo cancro.

Tudo nos leva a pensar que a infecção se faz de fora para dentro e não endogénia como pensava Thalman, pois vê-se no caso citado por Arzt que a reacção de Was. era absolutamente negativa quando apareceu o segundo cancro, tornando-se mais tarde positiva como acontece diariamente em qualquer infecção de sífilis. Depois do correspon-

dente tempo de incubação apareceu o exantema. Pode-se, pois, em summa, admitir a teoria que ao aparecer o segundo cancro, pela extra-sanguinidade da sua evolução, que poderia já estar curada clínica e serologicamente a evolução geral do primeiro, e teria então êste caso todo o aspecto de uma reinfeccção. Porém não havendo motivo de contágio que a explique, e não sendo tão pouco uma superinfeccção, teríamos que chamar a esta modalidade, *segundo ciclo evolutivo da primeira infeccção*.

É ainda explicada por certos autôres esta auto-superinfeccção pela pluralidade do vírus sifilítico. Foi recentemente apresentada à Sociedade de Neurologia de Paris pelos sábios Marie e Levaditi a questão sôbre a unidade ou pluralidade do vírus sifilítico, tendo chegado, depois de aturados trabalhos e engenhosas experiências à conclusão da dualidade do vírus sifilítico, formulando a hipótese dum vírus dermatropo distinto dum vírus neurotropo.

Aos casos de reinfeccção e superinfeccção haverá a acrescentar as modalidades da auto-superinfeccção que traz grandes confusões com a reinfeccção em muitos casos. Vê-se pois pelo que fica exposto o grande valor do tratamento local do cancro, que extirpado, cauterizado vai destruir *in situ* as colónias acantonadas e inacessíveis à medicação geral, apesar dos seus actuals brilhantes resultados.

Voltemos agora de novo ao assunto que me dispuz a tratar e passemos a expôr alguns casos típicos de reinfecção sifilítica gentilmente cedidos por alguns snrs. professores e distintos sifilígrafos.

Exporemos primeiro os casos de reinfecção nos individuos que adquiriram a sua sifilis e depois naqueles que a receberam por herança.

Observações

CAPÍTULO III

I

Da clínica do Ex.^{mo} Snr. Prof. Luís Viégas

A. G., de 23 anos, solteiro, apresentou-se em Março de 1918 à consulta d'êste distinto Prof. de sifilografia, contando que, depois de ter tido relações sexuais suspeitas, notou o aparecimento de uma ferida no pénis, que começou a tratar pelo dermatol, mas como aumentasse, resolveu então consultar êste distinto especialista, que observou no sulco balano prepuçial, uma pápula vermelha arredondada, regular indolor, de base endurecida, com a respectiva pleiade inguinal, isto é, um cancro duro com todos os seus caracteres. Como êste doente tivesse que partir para Chaves pois era militar, prescreveu-lhe o uso das pilulas de Ricord que poucos dias tomou, aparecendo-lhe então passado um mês, como era de esperar, as manifestações secundárias da sua sífilis, que o tratamento específico fêz por completo desaparecer. Transferido para Braga, levou ali uma vida de boémio, com noites passadas em claro e excessos venéreos, o que o enfraqueceu muito, agravando-se-lhe o estado do aparelho pulmonar, até que, impossibilitado de continuar ao serviço, baixou ao hospital militar.

Tinha então tosse intensa, suores de madrugada, fe-

bre vesperal, emaciação acentuada, inapetência, dôres vagas pelo corpo, cansaço geral. Como obtivesse 30 dias de licença, regressou ao Pôrto, voltando a procurar êste distinto siflígrafo já com alguns gânglios da virilha em supuração. Durante êsses 30 dias de licença a temperatura vesperal manteve-se alta, tendo mesmo chegado a atingir 39° e mantendo-se o estado geral mau com os sintomas já mencionados.

Terminada a sua licença recolheu de novo ao hospital militar e presente à Junta foi isento definitivamente, por motivo das lesões pulmonares apresentadas, pois supuzeram que estavam em presença dum baciloso.

Regressando ao Pôrto agora já livre da tropa, resolveu então tratar-se convenientemente, pois além dos sintomas já mencionados apresentava mais dôres reumatismas gerais, com inchamento das articulações. Entregou-se por fim definitivamente à assistência do Prof. Luís Viégas que instituiu a medicação mercurial, por injeções de biodeito de mercúrio 0^{gr},02, intramuscular e os glóbulos de iodeto de potássio Fumouse.

Ao mesmo tempo sujeitou o doente ao regimen de repouso, como se faz a um tuberculoso, acompanhando a medicação específica de tónica pelo sulfato de estriçnina e glicero-fosfato de cal. O regimen alimentar foi também reconstituente. Da 4.^a injeção em diante começou a baixar a temperatura lenta mas progressivamente para só vir à normal no fim da 9.^a injeção. Os sinais estetoscópicos foram diminuindo também, desaparecendo os sarridos, as vibrações vocais diminuíram e só se conservou a respiração rude em alguns pontos. Mês e meio depois de ter começado com o seu tratamento nada já havia de anormal na sua respiração, estando em via de pronto restabelecimento. Pouco tempo depois sofreu o doente a fractura do rádio direito, fazendo-se a cicatrização óssea com facilidade.

Continuou mais tarde com seu tratamento específico, feito sempre com muita regularidade. Em 27 de Fevereiro de 1919 a reacção de Wassermann feita ao sangue era absolutamente negativa; pois apesar disso pouco depois fazia doze injeções de cianeto de mercúrio e seis de neosalvarsan a série completa até 0^{gr}.90. Meses depois dêste tratamento e depois dum coito suspeito apresentou-se de novo à consulta do snr. Prof. Viégas com uma ulceração no prepúcio levemente elevada acima dos tegumentos, circular, com base endurecida, indolor e de côr de carne muscular, e dois dedos atrás outra ulceração mais escavada e de côr avermelhada. Contraino ao mesmo tempo uma blenorragia. Não hesitou à vista disto, êste distinto sifilígrafo de pôr o diagnóstico de cancos duros de reinfeccção.

Os gânglios da virilha tumefizeram-se, teve ligeiras dôres de cabeça para a tarde e um pequeno aumento de temperatura. A reacção de Wassermann foi positiva. Tôda esta sintomatologia desapareceu logo no início do tratamento específico.

Para tirar algumas dúvidas se as houvesse bastava dizer que um amigo do paciente contraiu também um cancro duro pela mesma ocasião e na mesma mulher.

Não oferece dúvidas êste caso de reinfeccção pois se cumprem aqui tôdas as condições para ser considerado como tal. O doente contraiu o seu cancro duro típico, diagnosticado clinicamente e não podendo ser confirmado êste diagnóstico pela ultramicroscopia, por o doente o ter já começado a tratar, mas confirmado mais tarde pelas manifestações secundárias que cederam por completo ao tratamento específico.

Depois de um aturado e criterioso tratamento sem a mais ligeira manifestação clínica e serológica, pois a última reacção de Wassermann feita ao sangue era absolutamente negativa, o doente tem relações sexuais suspeitas, contrai novo cancro clinicamente diagnosticável e confirmado pela positividade da reacção de Wassermann e também pelas ligeiras manifestações secundárias que então lhe apareceram. Tem ainda a seu favor o ter sido contaminado um seu amigo na mesma mulher e pela mesma ocasião.

Não obstante estas condições de diagnóstico, pois se cumpriram todas as condições para ser considerado como tal. O doente continua o ser cancro clinicamente diagnosticado clinicamente e não podendo ser confirmado este diagnóstico pela ultramicroscopia por o doente o ter já começado a tratar, mas continuando estas factos pelas manifestações secundárias que cediam por completo ao tratamento específico.

II

Da clínica do Ex.^{mo} Snr. Prof. Tiago d'Almeida

E. P., de 25 anos de idade, solteiro, empregado comercial, apresentou-se em Junho de 1916 à consulta dèste distinto Professor, com os seguintes sintomas:

Palidez, emagrecimento, fadiga fácil, suores noturnos, fastio, tosse com expectoração que não revelou bacilos de Kock ao exame.

Tinha tido hemoptises em Março último. Dispneia na marcha.

Murmúrio diminuído no pulmão esquerdo e broncofonia.

Palpitações, pulso instável — T.M. = 14 — T.m. = 9 — P. = 78.

Região apexiana

Sôpro presistólico.

Rolamento diastólico.

Fremito sistólico.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Beribéri no Rio de Janeiro em 1907. Cancros venéreos e blenorragia em 1911.

Não teve manifestações cutâneas nem mucosas.

A reacção de Wassermann feita ao sangue em 26 de Junho foi levemente positiva. Começou logo com o tratamento específico da sífilis, precário em 1916 e regular em 1917 com benzoato de mercúrio, iodeto e enezol.

As melhoras acentuaram-se logo no comêço do tratamento. Em 1917, em Abril teve perturbações nervosas, impotência sexual, reflexos rotulianos reduzidos e diplopia.

Em Agosto dêsse ano voltou a aparecer, com um cancro uretral consecutivo a um coito suspeito. Dureza cicatricial palpável e, passados dois meses depois do cancro, teve o rosário inguinal, cervical, sub-maxilar e mancha rósea na testa, desaparecendo tudo à 7.^a injeção de benzoato de mercúrio.

Tratamento regular de Janeiro a Fevereiro de 1918.
Faleceu êsse ano de gripe pneumónica.

Tem de notável êste caso de reinfeccção, a benignidade da sua primeira infecção, que esteve vários anos desde 1911, data em que foi contraída, sem se manifestar abertamente, sendo apenas levemente positiva a reacção de Wassermann feita ao sangue em Junho de 1916 e sem que o doente tivesse feito até então tratamento algum específico. Depois de um tratamento moderado durante um ano curou a sua sífilis como prova a sua reinfeccção em 1917.

III

Da clínica do Ex.^{mo} Snr. Dr. Gomes da Costa

A. R. C., de 18 anos de idade, solteiro, empregado comercial, apareceu em fins de Dezembro à consulta d'êste distinto especialista.

Queixava-se êste doente de enfraquecimento geral, fadiga fácil, cefalalgias vesperais, ligeira febre. Não foi difficil fazer o diagnóstico pois êle apresentava-se em pleno periodo de sífilis secundária com roséola, placas mucosas, cefalalgias vesperais, queda do cabelo, etc.

Interrogado, narrou que há cêrca de um mês e meio depois de um coito suspeito, notou o aparecimento de uma pequena ferida na glande que cicatrizou espontâneamente e de que ainda apresentava vestígios, tendo vindo acompanhada de gânglios inguinais. Perante isto o diagnóstico de sífilis impunha-se e desnecessário era recorrer aos meios laboratoriais para obter a sua confirmação.

Começou logo em Janeiro de 1914 com um tratamento intensivo mixto de salvarsan e mercúrio.

Fizeram-se-lhe três injeções de 606, uma de 0^{gr},35 e as outras duas de 0^{gr},45, alternadamente com o tratamento mercurial. Tôda esta sintomatologia desapareceu

como por encanto logo à primeira injeção de salvarsan. Continuou com regularidade o seu tratamento durante os anos de 1914-15-16-17 não voltando mais a ter a menor manifestação da sua sífilis. Em Março de 1918 a reacção de Wassermann feita ao sangue no laboratório do snr. Prof. Aguiar era absolutamente negativa.

No comêço de Setembro dêsse ano voltou o mesmo doente a aparecer, com uma ferida no prepúcio datando de vários dias. Como apresentasse todos os caracteres dum belo cancro duro e atendendo à sua primeira infecção não teve êste distinto sifilígrafo dúvidas de que se tratava de um cancro duro de reinfeção. Outro tanto porém não aconteceu ao doente que naturalmente desconhecedor das novas ideias, custava-lhe a crer na sua reinfeção. Foi pois para o convencer que êste distinto clínico retardou o tratamento até ao aparecimento das primeiras manifestações secundárias o que aconteceu poucos dias depois, sendo a reacção de Wassermann feita ao sangue no fim de Setembro fortemente positiva no mesmo laboratório do snr. Prof. Aguiar.

É êste um caso de reinfeção muito semelhante ao da observação n.º 1. O doente apresenta-se à consulta em pleno período de secundarismo, depois de ter tido o seu cancro, de que ainda apresentava nítidos vestígios. Com o tratamento específico desapareceram tôdas as manifestações da sua sífilis. Continua durante anos com regularidade êsse tratamento sem manifestação alguma clínica e serológica, pois que ainda pouco antes da sua nova infecção a R. de Wassermann era negativa. Depois de um coito suspeito, aparece-lhe

IV

Da clínica do Ex.^{mo} Snr. Dr. José Martins Barbosa

F. B., de 26 anos, solteiro, empregado bancário, adoeceu em Setembro de 1913, queixando-se da garganta que tinha muito inflamada.

Consultou um oto-rino-laringologista que diagnosticou uma angina de Vincent aconselhando o respectivo tratamento. Como porém não obtivesse melhoras, foi consultar outro médico, que lhe disse tratar-se de mais uma manifestação do seu linfatismo, visto êle ter sido sempre muito fraco, ou então ser um cancro duro.

Mandou-lhe tomar xarope iodo-tânico e voltar lá passados 15 dias para lhe dar já então a certeza. O doente aterrado foi logo consultar o snr. Dr. Martins Barbosa que pelo aspecto clínico da ulceração da amígdala, bem como pela restante sintomatologia que o doente apresentava, astenia, emagrecimento, palidez, gânglios sub-maxilares, comêço de cefaleias vesperais, etc., fêz o diagnóstico de cancro duro. Confirmou o doente que uns dois meses antes tinha tido relações sexuais suspeitas, usando preservativo, mas tinha beijado a mulher na boca e língua, pois que ignorava poder assim contrair qualquer doença.

Para confirmação foi feita uma reacção de Wassermann ao sangue, realizada no laboratório do snr. Prof. Aguiar sendo o resultado fortemente positivo. Iniciou logo o seu tratamento específico, fazendo uso apenas dos compostos mercuriais, cianeto e benzoato de mercúrio. Continuou assim o seu tratamento fazendo uma série de dezoito a vinte injecções, ora intravenosa ora intramuscular durante todo o ano de 1913.

Nos anos de 1914 e 15 fez sempre regularmente o seu tratamento mercurial, acrescentando-lhe neste último ano iodeto de potássio na dose de dois grammas por dia durante vinte dias. Tõda a sintomatologia desapareceu logo no início do tratamento não voltando mais a ter a menor manifestação de secundarismo. No comêço de 1916 depois de ter interrompido o seu tratamento por uma longa temporada, a reacção de Wassermann feita ao sangue era absolutamente negativa.

Passou longos meses sem tratamento algum e sêm a mais ligeira manifestação sifilítica, até que em princípios de Novembro notou em plena glãnde, lado esquerdo, uma minúscula espinha, que expremendo deu saída a umas gotinhas de pús. Teve pouco depois relações sexuais suspeitas sem usar preservativos, pois se supunha vacinado como declarou. Notou então mais tarde que no ponto da espinha se tinha formado uma crosta que arrancou, vendo-se em seu logar uma ulceração arredondada, profunda, de base endurecida e de três milímetros de diâmetro. Cauterizada em logar de fechar, aumentou, cicatrizando por completo com calomelanos em pó que um farmacêutico lhe aconselhou. Impediu assim que se realizasse a ultra-microscopia, elemento de valor para o diagnóstico diferencial. Como a base desta ulceração ficasse sempre dura e apresentasse adenopatias inguinais, mais do que suspeitas, aconselhou o snr. Dr. M. Barbosa a que se fizesse outra reacção de Wasser-

mann, a qual efectuada em Dezembro de 1916 no laboratório do snr. Prof. Aguiar deu um resultado muito positivo, confirmando então a suspeita de reinfeccção sifilítica que êste clínico já tinha.

Recomeçou com o tratamento específico desta vez mixto, mercúrio-arsenical, fazendo também um tratamento intensivo e metódico, não lhe voltando a aparecer o menor sintoma, e não apresentando ao mais rigoroso exame clínico qualquer coisa de suspeito nos seus órgãos internos. Tão bem foi dominada a sua sífilis, que em 1919, adoeceu gravemente com uma febre tifóide, com complicações renais, e já na convalescença uma miocardite, e ao terminar a sua longa doença, pois ainda lhe sobreveio uma flebite que o reteve durante muito tempo no leito, a reacção de Wassermann no sangue era absolutamente negativa.

Tem êste caso característico de reinfeccção sifilítica, que não admite a menor dúvida, a particularidade de ser dominada a sua primeira infecção única e exclusivamente pelo tratamento mercurial e iodetado sem a intervenção dos arsenicais, o que vem provar que já antes do seu emprêgo eram conhecidos casos de reinfeccção sifilítica citados por alguns autôres como Diday, Hudelo, etc., desde que o tratamento mercurial fôsse bem conduzido desde o início da primeira infecção.

Da clínica do Ex.^{mo} Snr. Dr. Henrique Lecour

C. M., de 20 anos de idade, solteiro, apresentou-se em Outubro de 1918 à consulta dêste jovem e já distinto clínico, com um típico cancro duro no sulco balano prepuccial, diagnóstico que foi confirmado pelo exame ultramicroscópico que revelou o treponema pálido. Começou logo com o tratamento, sem esperar por outras manifestações pois já não lhe restava dúvidas sobre a origem da infecção e o que pretendia era conseguir aborta-la antes da sua generalização. Aplicou-lhe pois logo sete injeções de neo-salvarsan na dose total de 3^{gr},60 feitas todos os oito dias em solução concentrada, recebendo ainda mais doze injeções mercuriais intramuscular, intervaladas com as arsenicais. Logo à segunda injeção de 914 o cancro duro cicatrizou por completo, para o que também contribuiu o tratamento local feito com pomada de calomelanos. Descançou dois meses e voltou de novo a fazer tratamento que consistiu de vinte injeções de cianeto de mercúrio 0^{gr},02 sim dia não.

Depois de outros dois meses de descanso fizeram-se-lhe mais cinco injeções de 914 na dose total de 3^{gr}. e dez injeções

de benzoato de mercúrio 0^{gr},02. Descançou um longo período no fim do qual se lhe fez uma reacção de Wassermann ao sangue e que foi absolutamente negativa, recebendo nesta ocasião mais quinze injeções intra-venosas de cianeto de mercúrio 0^{gr},02 dia sim dia não. Passado um mês depois d'êste tratamento, teve o doente relações sexuais suspeitas, aparecendo-lhe vinte e dois dias depois (afirma não ter tido outras relações durante êste lapso de tempo) uma ulceração sôbre o prepúcio não lhe ligando no começo grande importância. Como porém visse que aumentava, resolveu voltar de novo a consultar êste distinto clínico, notando-se neste momento uma ulceração regular, ovalar, de côr vermelha de carne muscular, ligeiramente saliente e endurecida com bordos descolados, indolor e nas regiões inguinais uma pleiade bem nítida.

Em vista d'êste acidente suspeitou que se tratasse duma nova contaminação sifilítica que foi confirmada pelo exame ultramicroscópico que revelou abundantes treponemas. A reacção de Wassermann feita ao sangue uns 20 dias depois, em Setembro de 1919 era já levemente positiva.

Cicatrizou êste cancro logo às primeiras injeções de 914 e a aplicação local de pomada de colomelanos.

Pelo que fica exposto vê-se que estamos em presença de um caso característico de reinfeccção sifilítica. Não se pode objectar aqui com a insuficiência de tratamento específico, pois viu-se a regularidade com que foi feito, não voltando mais a apresentar sinal clínico ou serológico suspeito. Vem ainda em favor da reinfeccção o período da incubação e a positividade da reacção de Wassermann.

VI

Colhida pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Formigal

J. L. F., apresentou-se no comêço de 1912 à consulta dum distinto sifilígrafo, queixando-se de cefaleias vesperais, dôres vagas no tórax, enfraquecimento geral e com uma acentuada macropolia-adenia cervical. Interrogado sôbre os seus antecedentes hereditários, revelou sifilis, posto que não apresentasse nenhum dos estigmas dos heredo-sifilíticos. Em vista disto não duvidou êste distinto sifilígrafo em afirmar que se tratava dum caso de sifilis hereditária, mas como êste doente tencionava seguir para Paris, aconselhou-o a que ouvisse a autorizada opinião do Prof. Millian.

Consultado êste snr. Professor, confirmou em absoluto a opinião do seu colega portuense, aconselhando a fazer o tratamento imediatamente. Constou êste tratamento feito pelo mesmo Prof. de sete injeções de 914, doses médias, desaparecendo logo todos os sintomas e melhorando o doente por completo.

Aconselhado ainda pelo mesmo professor continuou todo o ano de 1912 com o tratamento mercurial, com pequenos intervalos de descanso. As reacções de Wasser-

mann feitas ao sangue tanto antes como depois do tratamento foram sempre absolutamente negativas.

Ano e meio decorrido sem o doente ter tido a mais ligeira manifestação da sua sífilis e não tendo descurado nunca o seu tratamento voltou a consultar o mesmo sifilígrafo, visto que, depois de ter tido relações sexuais suspeitas, notou o aparecimento duma ferida em plena glande.

Apresentava esta ferida todos os caracteres clínicos de cancro duro, indolor, endurecido na base, regular, arredondado, de côr de carne muscular e flanqueado de gânglios inguinais. Em face disto fêz êste distinto especialista o diagnóstico de cancro duro de reinfeção, procurando obter a sua confirmação pelo exame ultramicroscópico que foi negativo por ser talvez demasiado tardio, mas confirmado por uma reacção de Wassermann fortemente positiva, quando as anteriores tôdas eram negativas. Para não haver dúvidas chegou mesmo a deixar aparecer umas ligeiras manifestações secundárias, como cefaleias vesperais, palidez, etc., que desapareceram por completo com o tratamento mercurial.

Estamos pois em face de um caso semelhante aos citados por Tornovsky, de sífilis binária, isto é, de nova sífilis que reinfecta certos heredo-sifilíticos na idade moça de 18 a 25 anos.

Vê-se pois, que nem êstes estão ao abrigo de contrairem nova infecção sifilítica desde que tenham tratado convenientemente a sua primeira infecção. Êste doente que depois de confirmada a sua herança sifilítica pelo sábio Prof. Milian fêz um tratamento arsénico-mercurial intensivo, contraiu ano e meio,

depois dum coito suspeito nova infecção sifilítica, de que se não pode duvidar pois apresentava na glândula um belo cancro duro, seguido de uma reacção de Wassermann fortemente positiva, chegando ainda a ter ligeiras manifestações de secundarismo.

VII

Colhida pelo Excmo. Sr. Dr. José Martins Barbosa

P. C. O. de 15 anos de idade, adoeceu em Dezembro de 1918 com um tipo de lepra nodular que se foi tornando ao longo de 1917 até que resolveu consultar um doutor especialista de doenças gonorreicas que suspendeu de uma parte ~~do~~ a examinar a reacção de Wassermann e depois de Kock. Estava então até Abril de 1917 com infecção tónica e repouso no feto recolhido por esse data no Sanatório Souza Martins na Guarda. Em Julho deste mesmo ano o P. C. O. deu-se a dar um curso nestas partes, resolveu consultar sobre os seus antecedentes de lepra nodular, um especialista que suspendeu de examinar de si, com localizações nodulares aconselhando para confirmação de ser diagnosticado o exame serológico e para tanto no laboratório do Prof. Aguiar de von a concluir por uma reacção de Wassermann positiva. Quando foi a superfície do doente, pois nunca tinha sido até então a menor manifestação sifilítica. Conhecido do seu estado, lembrou-se logo que o filho a podia ter herdado e escreveu ao Dr. Lago de Fátima a consultar-lhe a ser colhido e produzido para ditar a sua reacção para este

depois d'um certo suspekto nova infecção sifilítica da que se não pode duvidar pois apresentava na glândula um pelo cancro d'um segundo de uma reacção de Wassermann fortemente positiva chegando ainda a ter figuras manifestas de secundarismo.

VII

Colhida pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. José Martins Barbosa

F. C. O., de 16 anos de idade, adoeceu em Dezembro de 1918, com uma gripe de forma anómala que se foi arrastando até Janeiro de 1917, até que resolveu ir consultar um distinto especialista de doenças pulmonares que suspeitando de uma bacilose, mandou-lhe examinar a expectoração que revelou raros bacilos de Kock. Esteve então até Abril de 1917 com medicação tónica e repouso no leito recolhendo por essa data ao Sanatório Souza Martins na Guarda. Em Julho dêste mesmo ano o Pai dêste doente, digno clínico nesta cidade, resolveu consultar sôbre os seus padecimentos cárdio-vasculares, um especialista que suspeitou da existência de sífilis, com localização aórtica, aconselhando para confirmação do seu diagnóstico, o exame serológico o qual, feito no laboratório do Prof. Aguiar levou a concluir por uma reacção de Wassermann positiva. Grande foi a surpresa do doente, pois nunca tinha tido até então a menor manifestação sifilítica. Conhecedor do seu estado, lembrou-se logo que o filho a podia ter herdado e escreveu ao Dr. Lopo de Carvalho a contar-lhe o sucedido e pedir-lhe para dirigir a sua atenção para êste

assunto. Com efeito procedendo-se ao exame do sangue do jovem doente, deu uma reacção de Wassermann levemente positiva, como é próprio da sífilis hereditária. Entretanto o doente seguia bem, a febrícula vesperal tinha desaparecido com o regímen sanatorial e o uso do carbonato de gaiacol. Conhecido o resultado da análise, institui-lhe o Dr. Lopo de Carvalho em Setembro e durante uns vinte dias a medicação pelo atoxil por via digestiva sem que tivesse havido reacção febril ou outro qualquer sintoma especial. Como se sentisse muito melhorado retirou do sanatório em Outubro para uma quinta de seu Pai, regressando ao Pôrto em Novembro, começando então a fazer uso da tuberculina A, fazendo treze injeções até Abril de 1918.

As quatro primeiras injeções, provocaram-lhe umas décimas de temperatura que desapareceu por fim, continuando o doente a passar bem até Agosto, mês em que teve uma recaída subindo-lhe a temperatura a 38° e 39° voltando em Outubro ao estado apirético. Como medicação, tinha continuado com o atoxil e o gaiacol como lhe tinha sido prescrito no sanatório, além dos cuidados de higiene e carus de repouso como são habituais nesta enfermidade. O pêso tinha aumentado e o estado geral era bom. Em Novembro fêz uso da tuberculina B até fins de 1918, sem reacção febril e com grande aproveitamento, tendo tido até permissão de trabalhar.

Teve ainda uma outra recaída em Fevereiro, de que melhorou, passando regularmente até que em Agosto, consecutivo a um coito teve uma cortadela no pênis. A ocultas do Pai foi consultar um especialista de doenças venéreas que lhe declarou não ter importância alguma a ferida que sobreveio e dever curar só com o uso de uns pós e lavagens antisépticas. De facto e infelizmente para o doente assim aconteceu não pensando mais em tal. Em Novembro reabriu-se-lhe a antiga cortadela até que em Dezembro

adoeceu com temperaturas altas e sintomatologia de gripe, melhorando muito lentamente até que em Janeiro de 1920, lhe apareceram, com grande surpresa do Pai que por completo ignorava o que se tinha passado, placas mucosas na garganta e roséola no tronco.

Começou então com as injeções de benzoato de mercúrio, porém a febre aumentou oscilando em torno de $38^{\circ},5$. As manifestações sifilíticas vão cedendo e em Março começa com o iodeto de potássio que pouco tempo tomou devido à elevação de temperatura. Como a expectoração revelasse de novo bacilos de Kock, voltou para o sanatório da Guarda.

Dia a dia as forças vão decaindo, começa a emagrecer, a tosse e a expectoração não mais o largam, aparecendo-lhe em fins de Abril a primeira hemoptise, repetindo-se em Maio. Em Junho a R. de Wassermann feita ao sangue era fortemente positiva. Resolveu-se então fazer-lhe o tratamento por meio do cianeto de mercúrio subindo a temperatura para 38° .

Pouco depois retira do Sanatório, oscilando sempre a temperatura em torno de $38^{\circ},5$. Continuam as hemoptises e o estado geral é cada vez peor. Tentam-se os clistéres de 914, que nenhuma melhoria trazem ao doente suspendendo-os ao fim do 3.º. Em Outubro peora imenso ficando hemiplégico. A punção lombar levou a concluir pela presença de uma meningite tuberculosa, vindo a falecer no fim desse mês, pondo assim a morte termo a este aflitivo penar.

É este caso semelhante ao da observação anterior, isto é, um caso de reinfeção num heredo-sifilítico e tuberculoso. Este doente que chegou à idade moça sem manifestações da sua sífilis e só se lhe

descobriu por casualidade, contrai depois de tratado nova infecção que teve por porta de entrada a ferida no pênis, consecutiva a um coito suspeito e depois as manifestações secundárias, como placas mucosas, roséola, cefaleias e uma R. de Wassermann fortemente positiva.

CAPÍTULO IV

Urgência do diagnóstico precóce do cancro duro

Um dos assuntos mais interessantes actualmente debatidos é o tratamento abortivo da sífilis.

Daí a grande utilidade para o doente de se fazer o diagnóstico precóce do cancro duro, pois sabe-se hoje que é possível fazer abortar a sífilis nos primeiros dias do cancro por meio dum tratamento activo e enérgico.

A menor ulceração duvidosa, sobretudo no pênis deve ser logo mostrada ao médico desde o seu aparecimento. Um exame directo e immediato dará a maior parte das vezes um diagnóstico certo e sem réplica e neste momento, como disse, é possível, não curar a infecção geral, pois que ela não existe ainda, mas pelo contrário chegar antes dela e evita-la, esmagar o gérmen da doença que vai nascer e preservar o doente duma infecção que ainda se não deu e que não será constituída senão

dentro de alguns dias. Será, pois para a sífilis o mesmo que para a raiva. Nem sempre é possível, mas é o bastantes vezes. Quando um cancro aparece reconhecível clinicamente ou com o auxílio do ultra-microscópio, a infecção sífilítica é certa, mas ainda não se generalizou, a sero-reacção é ainda negativa e não será positiva senão passados alguns dias. A experiência prova que em tais casos se pode curar o cancro antes da infecção e matar a infecção com o mesmo golpe. Todos os sífilígrafos tem encontrado casos em que depois duma só série de arsenobenzol a reacção de Wassermann tem ficado absolutamente negativa. Trata-se pois de chegar bastante cedo na evolução do cancro. O meio é uma série imediata de novarsenobenzol, desde que o diagnóstico ao ultra-microscópio fêz a prova da natureza da ulceração e esta prova pode ser fornecida fácilmente em pouco tempo.

Êstes factos são de tal forma graves e importantes para a saúde pública que seria preciso fazer a seu respeito uma verdadeira propaganda. Será necessário dizer a todos, mesmo quando o cancro está em plena evolução, que restam ao paciente um certo número de probabilidades de o evitar, o que não acontecia há dez anos que a sífilis era inevitável. O sonho doirado de Ehrlich, a terapêutica esterilizadora, que devia curar todos os sífilíticos com uma só injeção de salvarsan não se realizou. Mas o que é possível é fazê-la abortar mesmo de-

pois da reacção de Wassermann ser positiva e mesmo depois da aparição dos accidentes somáticos secundários, como se vê nos casos atraz expostos. Mas o verdadeiro momento oportuno para tratar a sífilis de maneira a poder curá-la, apresenta-se durante os primeiros dias do aparecimento do cancro até à aparição duma reacção de Wassermann positiva. Consiste, pois, o facto mais essencial para o tratamento racional da sífilis num diagnóstico precóce, o que não depende senão da procura dos espiroquetas na secreção da lesão, com as manifestações clínicas sugeridas pelo cancro. O mesmo tratamento abortivo deve ser verificado por exames repetidos do sangue, por uma R. de Wassermann provocada e exames de líquido espinal.

Baseia-se o que acabo de dizer em numerosos casos clínicos citados nas revistas médicas, como êste que passo a expôr, passado com o snr. professor Millian.

Um dia appareceu na sua consulta um homem de 58 a 60 anos, forte, rijo, que se queixava duma ferida no mamilo esquerdo onde apresentava um belo cancro duro típico, como costuma ser nesta região.

O gânglio axilar indicador, grosso, indolor, rolava sob o dedo. Expuz-lhe o diagnóstico e, como duvidasse, verificou-se no dia seguinte ao exame ultra-microscópico a presença do treponema. Foi-lhe feito logo o seguinte tratamento de arso-

nobenzol em doses progressivas ($0^{\text{gr.}},15 - 0^{\text{gr.}},30 - 0^{\text{gr.}},45 - 0^{\text{gr.}},60 - 0^{\text{gr.}},75$). A esta dose continuei as injecções uma vez por semana até à dose total de $6^{\text{gr.}},\frac{1}{2}$. Tudo isto sem incidentes. Dois meses depois a sero-reacção era ainda negativa.

Pouco depois, apareceu-me de novo o mesmo doente, com um outro cancro duro no prepúcio. Desta vez ainda o segundo cancro era tão típico como o primeiro, porém o doente não quiz absolutamente acreditar-me. Doutor, me disse êle, vós vêdes sífilis por tôda a parte, e foi impossível fazê-lo ir consultar outro dermatologista.

Fiz-lhe vêr as conseqüências. De todo o tratamento indicado, não usou senão duma pomada de calomelanos, que applicou sôbre o cancro até à sua cura espontânea. Algumas semanas depois, mandou-me chamar, indo encontrá-lo aterrado e chorando como uma criança.

Apresentava uma sífilis papulosa, generalizada a todo o corpo e cara.

Esta história, conclui êste sábio Prof., de que eu certifico a autenticidade, poderia dar logar a muitas moralidades. — Vê-se pois claramente, pelo que fica exposto, que é de tôda a vantagem para o doente, fazer-se um diagnóstico precóce do cancro duro, para imediatamente se dar início ao tratamento, podendo-se assim conseguir fazer abortar a sua sífilis, desde que êsse tratamento seja feito com energia suficiente e pelos meios apropriados.

A esterilização constitui hoje o único método racional do tratamento da sífilis. Não há mais regras mecânicas e gerais de tratamento, êste deve ser individualizado. O problema de esterilização não se põe da mesma maneira em todos os períodos da sífilis. Na sífilis antiga a esterilização completa parece em geral e até nova ordem impossível, mesmo nos casos melhor tratados.

Conclusões

1.^a — A maioria dos sifilígrafos modernos admitem a doutrina de reinfeccção sifilítica, à qual as nossas observações trazem um apoio manifesto, embora baseado em poucos casos.

2.^a — A reinfeccção pode atingir não só os indivíduos que adquiriram a sífilis, mas também os heredo-sifilíticos.

3.^a — Dada a rapidez da generalização luética, urge fazer um diagnóstico precóce do cancro duro, para mais fácilmente fazer abortar a infecção.

4.^a — Os sifilíticos bem tratados devem ser instruídos pelo seu médico assistente com preceitos de profilaxia anti-luética para se evitar novo contágio.

Visto

Rocha Pereira
Presidente

Pode imprimir-se

Lopes Martins
Servindo de director.

Bibliografia

E. LANCERAUX. — Traité Historique et Pratique de La Syphilis.

PHY. RICORD. — Traité complet des Maladies vénériennes.

LEREDDE. — Traitement de la Syphilis.

H. GOUGEROT. — Traitement de La Syphilis en clientèle.

SERGEANT. — Syphilis et Tuberculose.

PRESS MEDICAL. — Ano de 1913-n.º 75, 1914-n.º 18- e n.º 38, 1920-n.º 27 e n.º 52.

LA MEDICINA IBERA. — Ano de 1921.

ANNALES DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — Ano de 1910-11-12 e 19.

M. JULIEN. — Reinfection rapide.

MONDE MÉDICAL. — 1919-n.º 561.

ANNALES DE DERMATOLOGIE E SYPHILIGRAFIE. — 1912.