

I

Basilio Sarah Sampaio Ferreira de Macedo

VOL. CXCIV
(195)

Syphilis Pleural

Serviço da 2.^a clinica medica

— TESE DE DOUTORAMENTO —

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Porto = 1921

195/1 FMP

1921

Escola Tipográfica da Officina de S. José
Rua Alexandre Herculano

PORTO

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETARIO

Dr. Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores ordinários

Annatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia.	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia.	Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão
Patologia geral.	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia Patologica	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina operatória.	Vaga
Patologia cirúrgica.	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirúrgica	Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica Geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica obstétrica.	Vaga
Historia da medicina e Deontologia.	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luiz de Freitas Viegas
Psiquiatria	Dr. António de Souza Magalhães Lemos
Pediatria.	Dr. António de Almeida Garrett.

Professor jubilado

Pedro Augusto Dias. Lente catedrático

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação. (Art. 15.º § 2.º do Regulamento privativo da Faculdade de Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920).

Ao Excelentissimo Corpo Docente

DA

Faculdade de Medicina do Porto

Ho meu Excellentissimo Professor
♦ ♦ ♦ ♦ e Presidente de These

Dr. Thiago Augusto d'Almeida

PREFÁCIO

ESCOLHER um assumpto para a these de doutoramento, dentro da complexidade e vastidão das sciencias medicas, é sempre obra difficil e custosa. Não porque haja falta de theses para estudar e desenvolver; pelo contrario, a sua abundancia torna indeciso aquelle que tenta fazer a escolha.

Escolhi para o meu modesto trabalho a syphilis pleural.

Se podermos denominar as epochas da pathologia pela doença dominante, diremos, sem receio de contradicção, que a epocha actual é a epocha da syphilis.

As estatisticas mostram assustadoramente a invasão, o alastramento e a virulencia do mal syphilitico em todas as partes do mundo, e em todas as camadas sociais. Para combater o flagello syphilitico a medicina progrediu muito neste ramo especial; mas o progresso da sciencia não acompanha, infelizmente o progresso do flagello.

A syphilis apresenta dia a dia novas localizações, novos aspectos symptomaticos. Nos laboratorios, nos hospitais os medicos não descançam trabalhando em beneficio da humanidade.

Esse trabalho tão util como necessario conduzir-

nos-ha um dia a estabelecer nitidamente as barreiras entre a syphilis e outras doenças.

Entre estas não posso deixar de fallar na tuberculose que, quer isolada, quer associada á infecção syphilitica, pôde levar a um erro de diagnostico.

Completei ha dias o meu curso geral com a bagagem scientifica que me trouxeram as licções dos meus professores e a util mas pequena pratica hospitalar.

O meu modesto trabalho é fructo d'esses elementos de estudo.

Com que alegria eu verei mais tarde os progressos da Medicina neste ramo ainda hoje pouco estudado! Sorrir-me-hei contente lembrando-me da minha these de doutoramento que, na sua modesta simplicidade, já previa e acreditava nos avanços da Sciencia que abracei.

Dividi o meu trabalho em 3 partes.

Na primeira apresento quatro observações colhidas nas enfermarias de Clinica Medica; na segunda faço algumas considerações sobre a syphilis das serosas; na terceira tratarei especialmente da syphilis pleural.

Sendo este um trabalho de demonstração, cingir-me-hei sempre nesta ultima parte á observação e discussão dos doentes que apresentei.

Observações

Observação I

O doente J. C., de 36 annos de idade, casado, soldado, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 9 de Dezembro de 1920.

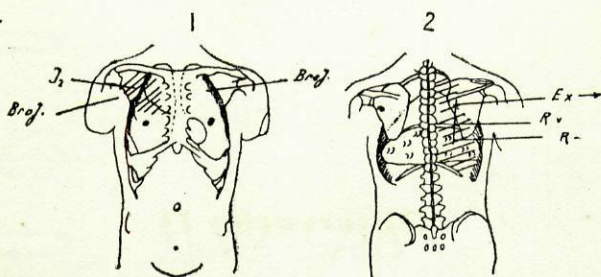
Symptomatologia

Dôres expontaneas mais accentuadas pela pressão ao nivel do 6.º espaço intercostal esquerdo, na linha mamilar; cephealias supra orbitarias com exacerbação vesperal, queda do cabelo, volumosos ganglios inguinaes, cervicaes e axilares e apyretico. A auscultação do coração mostrava raras extrasystoles, um sopro systolico no foco mitral com propagação para a axila, o primeiro ruido aortico apagado e levemente soprado, e o segundo duro com um timbre musical.

As tensões eram a maxima de 12 e a minima 5,5, e o indice oscilométrico 5. Fez-se uma reacção de Wassermann no sangue que deu fortemente positiva. A

percussão e auscultação do aparelho respiratorio deu o eschema seguinte :

OBSERVAÇÃO I



Antecedentes hereditarios

O pae morreu com edemas dos membros inferiores e a mãe morreu aos 60 annos de doença desconhecida.

Antecedentes pessoais

Ha quinze annos teve uma adenite inguinal supurada. Em 1917, sendo soldado expedicionario, teve em Angola uma febre biliosa.

Historia da doença

Em trez de Dezembro, ao fim da tarde, sentiu dôres espontaneas muito violentas, accentuando-se com a inspiração, na face anterior do thorax, sem localisação. Na manhã seguinte as dôres tinham desaparecido. No dia 8 de Dezembro tornou a repetir-se a mesma symptomatologia, fixando-se porém as dôres na região hepatica anterior e depois no 6.º espaço intercostal esquerdo.

Evolução

A symptomatologia do aparelho respiratorio reduziu-se na nossa enfermaria, sahindo o doente a seu pedido no dia 22 de Dezembro de 1920.

Observação II

C. F., de 63 annos de idade, viuva, domestica, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 2 de Março de 1921.

Symptomatologia

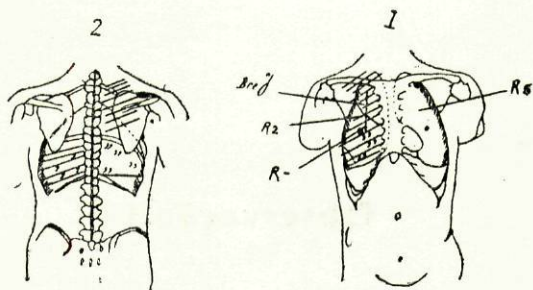
Esta doente encontrava-se apyretica, com uma pequena dôr na região axilar direita, exacerbada pela tosse e inspirações fundas e tosse ligeira sem expectoração. A lingua estava ligeiramente saburrosa, tinha appetite, dôres abdominaes ligeiras sem localização e borborygmos; dejecções muito frequentes (13 e mais por 24 horas) e imperiosas, com fezes amareladas.

O ventre estava abaulado, bastante tenso e tympanico, principalmente na fossa iliaca esquerda. A palpação provocava dôres nos flancos e na fossa iliaca esquerda. O pulso amplo, batendo 88 pulsações por minuto. As tensões eram a maxima de 14,5 e a minima de 9. A auscultação do coração revelava os ruidos cardiacos apagados.

A analyse do sangue deu uma reacção de Wassermann fortemente positiva e o exame da expectoração foi

negativo para o bacilo de Koch. A percussão e auscultação do aparelho respiratorio deu o seguinte esquema:

OBSERVAÇÃO II



Antecedentes hereditarios

O pae morreu tuberculoso. A mãe, fallecida de doença ignorada para a doente, teve 7 filhos, morrendo seis em creança, com doenças varias, parecendo ter tido tambem um aborto.

Antecedentes pessoases

Soffre ha alguns annos de diarreias frequentes, assim como tem tido varios acessos de bronchite. Aos doze annos teve uma pneumonia, e ha dez annos para cá tem dôres violentas e repetidas nos membros inferiores.

Historia da doença

No dia 10 de Janeiro, depois de se ter molhado, teve uma pontada do lado direito do thorax com tosse, expectoração mucosa, ligeira temperatura, redução do appetite e diarreia. Sentindo uma grande perda de forças recolheu ao hospital.

Evolução

O estado pulmonar melhorou mas a diarreia manteve-se. Um exame de fezes para investigação d'ovos de tricocephalos e ascarideos deu negativo. Fez uma reacção de Von Pirquet positiva.

Observação III

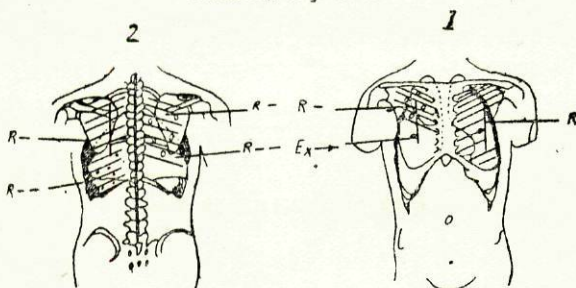
A. P. R., de 40 annos de idade, sapateiro, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 22 de Fevereiro de 1921.

Symptomatologia

Este doente estava apyretico, com appetite, com uma dispneia intensa acompanhada de tosse com expectoração mucosa e espumosa. Os ganglios inguinaes axilares e cervicaes eram numerosos, duros e volumosos. A percussão do figado, ao nivel da linha mamilar, dava como limite superior a 6.^a costella e o inferior encontrava-se dois dedos abaixo do rebordo costal. A auscultação do coração mostrava os ruidos cardiacos ensurdecidos e dois sopros, um no foco tricuspido e outro no foco mitral, tendo este propagação para a axila. As tensões eram para um pulso de 104 pulsações por minuto de 9,5 de tensão maxima e 6 de minima. Os pontos reno-ureteraes esquerdos, costo-vertebral, costo-muscular, sub-costal, paraumbilical e ureteral superior eram dolorosos á pressão. A reacção de Wassermann no sangue deu fortemente positiva. O thorax apresentava uma rede venosa mui-

to accentuada e a percussão e auscultação do aparelho respiratorio deu o seguinte esquema:

OBSERVAÇÃO III



Elucidados pelo esquema fizemos uma punção exploradora que nos revelou a existencia d'um derrame esquerdo, de Rivalta positivo.

A analyse qualitativa do derrame pleural mostrou tratar-se d'um liquido citrino, depositando pelo repouso, com coagulos de fibrina, numerosas celulas endotheliaes, descamadas e alguns macrophagos, pronunciada limphocitose e muito poucos polynucleares. Uma reacção de Wassermann feita no liquido pleural deu positiva.

Antecedentes hereditarios

O pae morreu de doença ignorada pelo doente e a mãe é viva e saudavel.

Antecedentes pessoaes

Ha trez annos teve um cancro venereo pelo que recolheu ao hospital onde fez vinte e cinco injecções mercuriaes intramusculares.

Historia da doença

Ha seis semanas foi acomettido de tosse, dispneia e dôres thoracicas. Trez semanas depois notou os pés e as pernas edemaciadas, generalisando-se os edemas ao fim de oito dias a todo o corpo.

Observação IV

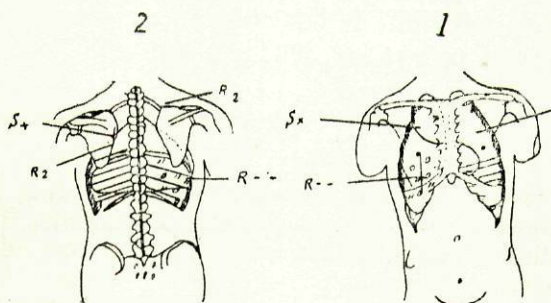
A. F., de 35 annos de idade, solteira, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 22 de Abril de 1921.

Symptomatologia

Esta doente tinha uma côr sub-icterica da face e das conjunctivas, a pelle seca e uma ligeira hyperthermia vesperal 37,1; 37,2. Tinha cryesthesia, macropolyadenia inguinal e axilar, caimbras nos membros inferiores, principalmente no direito. As urinas eram raras, turvas, com deposito e com cinco decigramas de albumina por litro. Apresentava ligeiros edemas palpebraes e maleolares. Tinha pouco appetite e diarreia com fezes escuras. O ventre estava abaulado (ventre de batrachio) queixando-se a doente de dôres expontaneas exacerbando-se pela pressão. Havia uma sonoridade na parte media do abdomen e uma macessez no flanco esquerdo. A circulação venosa supra-abdominal estava bastante accentuada. A doente tinha o pulso pequeno, hypotenso, com uma tensão maxima de 12 e minima de 7. Havia um sopro systolico no foco mitral com propagação para a axila. A reacção de Wassermann no sangue deu forte-

mente positiva. A doente queixava-se de cephaleias vesperaes e nocturnas. Os reflexos cutaneos abdominaes e plantar, e os tendinosos, olecranianos, radiaes, rotulianos e achiliano esquerdos abolidos. A doente tinha uma ligeira dispnea com 24 movimentos respiratorios por minuto. A percussão e auscultação do aparelho respiratorio deu o eschema seguinte:

OBSERVAÇÃO IV



Antecedentes hereditarios

O pae morreu de desastre e a mãe morreu de doença desconhecida para a doente. Teve 7 irmãos, tres dos quaes morreram em creança.

Antecedentes pessoais

Ha alguns annos teve a sarna. Ha algum tempo tem tido dôres vagas na região precordial e lombar. E amenorreica ha sete annos.

Historia da doença

Alguns dias antes do Natal teve uma ictericia, confirmada por um medico, que a reteve no leito durante um mez. Uma semana depois como se tivesse

molhado, o que acontecia amiudadas vezes, notou que tinha os pés e os membros inferiores edemaciados. Deu entrada no hospital onde permaneceu durante 12 dias, sahindo muito melhorada com o tratamento mercurial. Tendo peorado entrou novamente para o hospital.

Evolução

A dispneia de esforço e de somno que a doente apresentava attenuou-se. Foi-lhe feita uma paracentese tirando-se dois litros de liquido ascitico. Ultimamente o estado geral aggravou-se, tendo fallecido.

Relatorio de autopsia

Thorax—Derrame sero-fibrinoso na cavidade pleural direita e um pequeno derrame á esquerda. O pulmão direito congestionado para a base e com edema. O esquerdo ligeiramente congestionado na base. A valvula mitral estava espessada e as aorticas espessadas e duras. A crossa da aorta estava dilatada e com muitas placas de esclerose.

Abdomen — Pequena ascite. N'alguns pontos do intestino delgado encontravam-se alguns exudatos fibrinosos. Entre o duodeno e o bordo esquerdo do figado encontrou-se um nodule fibrinoso com a parte central calcificada. O diafragma muito espessado adheria ao lobo esquerdo do figado, lobo este muito reduzido de volume. O lobo direito em compensação estava muito augmentado de volume. O figado era duro ao corte. O baço estava coberto d'uma capsula fibrosa muito espessa. O pancreas endurecido e os rins, pequenos, não se podiam descorticar. A substancia cortical estava reduzida e eram duros ao corte.

Syphilis das serosas

O phenomeno primario da infecção syphilitica, como acontece em todas as infecções, consiste na inoculação no organismo do *Treponema Pallidum*. Quer seja adquirido directamente ou seja transmitido por hereditariedade, vai dar origem a um conjuncto de symptomas com uma marcha mais ou menos fixa, que para commodidade de estudo, se dividiu em periodos. Os primeiros systemas a ser atacados por serem os vectores da infecção são o systema ganglionar e o cardio-vascular. E tanto é assim que a propria symptomatologia prova objectiva e subjectivamente esta sequencia. Dá-se assim uma rapida generalisação da infecção levada a todo o organismo fixando-se, o parasita n'um ou mais órgãos da sua predilecção. A syphilis póde atacar qualquer serosa, e hoje está bem demonstrada a existencia de lesões syphiliticas de todas as serosas do nosso organismo. A pathologia geral estabelece a regra de que as inflamações das serosas são raras vezes primitivas, que a maior parte das vezes ellas succedem a afeções dos órgãos que envolvem. No entanto é um facto provado em pathologia o ataque isolado das serosas. Sendo assim está demonstrado o grande papel que as serosas desempenham na disseminação da syphilis pelas relações estreitas em que ellas se encontram com os variados e multiplos órgãos do nosso organismo. Se todas as serosas podem ser atacadas pela syphilis ha algumas que possuem uma affinidade especial. Assim, na infecção syphilitica, logo de inicio o endocardio é atacado. Para o

endocardio, se a causa da maioria das endocardites são as doenças infecciosas agudas, nomeadamente o reumatismo articular agudo, no entanto a syphilis desempenha também um grande papel na sua etiologia. A' dureza dos ruidos aorticos, primeiro symptoma revelador d'um principio de esclerose, succede-se o apparecimento dos sopros cardiacos. Rapidamente formam-se as placas de atheroma, verdadeiras arterites, dando lugar a embolias, dilatações, aneurismas e rupturas vasculares. As lesões das serosas do aparelho circulatorio são pois um esplendido meio de propagação para a syphilis, quer, por produzirem por propagação lesões syphiliticas dos órgãos visinhos, quer, por irem produzir a distancia outros phenomenos pathológicos (embolia).

Outra localisação muito vulgar da syphilis é a localisação meningea. As meninges, quer cranianas, quer rachidianas, pódem ser atacadas pela syphilis em qualquer periodo, mas, pela precocidade do apparecimento nos syphiliticos de phenomenos meningeos, é licito suppôr que as meninges e em geral o systema nervoso é um dos primeiros systemas a ser atacado. Conhece-se a syphilis meningea do periodo secundario, terciario e ainda os phenomenos a que Fournier chamou parasymphilis. A syphilis meningea pode ir desde a forma latente, a forma mais attenuada, aquella que se exteriorisa apenas por cephaléias e zumbidos, até ás formas agudas graves. As meninges são muito vulgar e precocemente atacadas. A symptomatologia das meningites latentes que se encontram em quasi todos os syphiliticos provam-no exuberantemente.

E' também nas meninges que o ataque da syphilis assume a sua maior gravidade. Não fazendo menção dos phenomenos meningeos, já por sí graves, basta lembrar a proximidade d'órgãos tão importantes como o cerebro e a medula para prever o perigo da propagação. Assim no tabes e na paralyisia geral encontram-se lesões meningeas que foram com certeza a origem das lesões dos centros nervosos.

Um grupo de serosas muito vulgarmente atacadas são as serosas articulares. A antiga classificação do rheu-

matismo é hoje insufficiente. Actualmente temos de incluir no rheumatismo varias doenças que, apesar de terem um character rheumatoide, quer pelas localisações, quer pelo modo de ataque, differem no entretanto pela sua etiologia, symptomatologia e tratamento. Quero referir-me aos rheumatismos blenorragico, tuberculoso e syphilitico. E' o rheumatismo syphilitico um accidente geralmente do periodo terciario e está bem definido clinicamente. E' talvez a syphilis das serosas articulares aquella que attinge maior generalisação e que pela proximidade do esqueleto pode dar origem a lesões osseas graves e persistentes.

Outra serosa em que a syphilis se pode manifestar é o peritoneu. Geralmente trata-se d'uma lesão de propagação d'uma viscera visinha.

As lesões syphiliticas do figado, estomago, baço, pancreas, etc., visceras em relação directa com o peritoneu dão logar a que este reaja contra a infecção, que pode aparecer tambem isolada, originando a peritonite.

Outra serosa atacada pela syphilis é a vaginal. Da mesma maneira que a pleura e o peritoneu são solidarios com as lesões das visceras que ellas envolvem, assim as infecções do testiculo e do epididymo teem a sua repercussão sobre a serosa envolvente. Como nas creanças a vaginal não é mais que uma dependencia do peritoneu em communicação com elle pelo canal peritoneu-vaginal, é natural que uma affecção syphilitica do peritoneu se propague á vaginal e vice-versa. No adulto porém o peritoneu é uma cavidade fechada e então não se pode dar a propagação. A syphilis da vaginal é então idiopathica ou então successiva a uma goma do testiculo ou do epididymo.

Syphilis pleural

A syphilis pleural é mais uma localização da syphilis das serosas. De grande importancia sob o ponto de vista clinico e therapeutico, a syphilis pleural aproxima-nos d'um grande obstaculo, ás vezes de difficil resolução, isto é, o diagnostico differencial entre uma manifestação syphilitica ou tuberculosa.

A frequencia das pleurisas nos syphiliticos pode talvez explicar-se pela frequencia da tuberculose nos syphiliticos, mas nada ha mais difficil do que destringer de cada uma d'ellas a parte da symptomatologia que lhe compete.

Fazendo minhas as palavras de Emile Sergent direi :
«se se oppõe á extrema frequencia da tuberculose pleu-»
«ral a extrema raridade das pleurisas syphiliticas, con-»
«cebe-se facilmente que a hesitação entre a natureza sy-»
«philitica ou tuberculosa d'uma pleurisia não será pos-»
«sivel senão em circumstancias muito excepcionais.»

«Quando um individuo é manifestamente um syphi-»
«litico é que se impõe a duvida.»

«Devemos saber que existem, na realidade, algu-»
«mas manifestações pleurais na syphilis e que, por con-»
«sequencia, todas as pleurisas que sobreveem num sy-»
«philitico, mesmo que seja um suspeito de tuberculoso,»
«não são fatalmente tuberculosas.»

Seja a syphilis a unica causa das pleurisas nos syphiliticos, haja ou não associações microbianas, o facto porem de grande importancia, sob o ponto de vista clinico e

therapeutico, é o facto do emprego da medicação especifica com optimos resultados.

Os quatro doentes que apresento nesta these são todos elles averiguadamente syphiliticos com multiplas localizações e manifestações do mal syphilitico.

Em nenhum d'elles porem o conjunto de symptomas pleurais é tão nitido e tão intenso que possamos dizer exclusivamente — este doente é portador d'uma pleurisia syphilitica.

Em todos elles a syphilis, seguindo o seu habitual modo de ataque, lesou varios órgãos simultanea ou consecutivamente, sendo muitas vezes difficil destrinçar a marcha evolutiva da doença. Sendo as manifestações pleurais da syphilis diversas de doente para doente, principiarei por fallar da sua symptomatologia para fazer a seguir a sua classificação, diagnostico e tratamento.

Symptomatologia

As manifestações da syphilis pleural traduzem-se ao clinico por dois grupos de symptomas.

O primeiro é constituido pelos symptomas proprios dos syphiliticos em geral. No caso mais simples trata-se d'um doente que confessa a acquisição d'um cancro venéreo (observação III).

Outras vezes o individuo não nos fornece elementos que nos levem a suspeitar da existencia do accidente primitivo. Ha porem para estes casos um conjunto de symptomas que nos ajudam a suppor a sua existencia anterior, ou então a tratar-se d'um caso de heredo-syphilis.

Conforme a extensão do mal syphilitico, assim estes symptomas vão augmentando em generalização e intensidade.

As cephealias com exacerbação vesperal, a pleiade ganglionar, a queda dos pellos (observações I, III e IV), manchas acobreadas pelo corpo, dureza dos ruidos

aorticos, principalmente do 2.º, dôres osteocópicas (observações I e II) sãc os symptomas iniciais que nos levam a suspeitar de uma syphilis.

Esta suspeita pode ser confirmada de inicio ou depois d'um tratamento de reactivação, por uma reacção de Wassermann positiva no sangue.

O segundo grupo de symptomas é constituido pelos symptomas proprios da pleurisia.

Como symptomas objectivos encontramos todos ou quasi todos os symptomas das pleurisias em geral. A pontada, a tosse, a polypneia e dyspneia (observ. I, II e III).

Como symptomas objectivos encontramos, com insistencia, nas pleurisias seccas, os attrictos pleurais quasi sempre localizados nas bases (observ. I, II e IV), a diminuição ou abolição de sonoridade, vibrações e de murmurio (observ. I, II, III e IV).

Nas pleurisias com derrame este é quasi sempre citrino, de volume variavel mas raras vezes attingindo o volume dos derrames das outras pleurisias, com reacção de Rivalta positiva (observ. III), bilateral (observ. IV), e geralmente com uma reacção de Wassermann positiva (observ. III).

Devido á pequenês do derrame é raro encontrar o conjuncto de symptomas que se encontram nas pleurisias em geral.

Assim na nossa 3.ª observação a accentuada diminuição do murmurio e a maciszez levam-nos a fazer uma punccão exploradora que nos deu um liquido citrino de reacções de Rivalta e Wassermann positivas.

Na 4.ª observação só a autopsia nos revelou a existencia d'um derrame sero-fibrinoso na cavidade pleural direita e outro mais pequeno na esquerda.

A syphilis pleural quando seja isolada ou então acompanhada d'outras lesões pouco graves e intensas, apresenta-se quasi sempre sem temperatura (observ. I, II e III) ou então com uma ligeira hyperthermia (observ. IV).

Um factó a mencionar é ainda o estado geral do

doente quasi sempre regular, e mesmo bom, em contradicção muitas vezes com a intensidade dos phenomenos locais. Como as pleurisias syphiliticas pertencem quasi sempre aos dois primeiros grupos da classificação que adopto, isto é, pleurisias que acompanham pneumopathias syphiliticas e pleurisias associadas a lesões syphiliticas de visinhança, é muito vulgar encontrar nos nossos doentes varios outros symptomas que nos podem despistar.

São estes symptomas proprios d'outras localizações da syphilis.

Assim apparecem conjunctamente manifestações cardio-vasculares (observ. I e III), manifestações respiratorias (observ. II), manifestações do systema nervozo e aparelho renal (observ. IV) e ainda outras.

Classificação

Segundo Dieulafoy as manifestações pleuraes da syphilis podem traduzir-se de duas maneiras. A primeira constitue o grupo de symptomas a que se chama pleurisia precoce, isto é, a pleurisia que apparece no periodo secundario acompanhada ainda do accidente primitivo, o cancro syphilitico, de roseola, de placas mucosas, etc., etc. Na pleurisia precoce faz ainda a distincção entre pleurisia seca e pleurisia com derrame, sendo este no entanto geralmente pouco abundante sem dar origem a phenomenos que justifiquem uma thoracentese. A differença capital entre cada uma d'estas formas consiste geralmente em não haver nas pleurisias secas lesões pulmonares, emquanto que as segundas fazem parte do syphiloma broncho pulmonar. A' segunda categoria de pleurisias chama Dieulafoy pleurisia tardia, apparecendo geralmente no periodo terciario. A este respeito diz Dieulafoy: «As lesões terciarias da pleura ou são um epiphenomeno, uma ampliação sem importancia de lesão pulmonar, ou então o derrame é abundante,

a pleurisia é dominante e merece bem n'este caso o nome de pleurisia syphilitica». Fournier não admite a syphilis pleural do periodo secundario. Classifica a syphilis pleural em duas cathogorias ambas como manifestações do terciarismo, differindo na sua anatomia pathologica e na sua propagação. Na primeira cathogoria inclue as lesões gomosas da pleura, coincidindo constantemente com lesões terciarias do pulmão; na segunda inclue as pleurisias a que chama secundarias ou consecutivas, isto é, succedendo a afecções especificas avisinhando a pleura. Na primeira cathogoria admite a pleurisia secca ou então com derrame, sendo este caso raro, e na segunda admite como lesões visinhas especificas a syphilis pulmonar, osteites, myocardites, endocardites, lesões de esclerose dos grandes vasos, gomas do mediastino, etc.

Sergent, seguindo as pisadas de Dieulafoy, admite a syphilis pleural do periodo secundario e do periodo terciario. Considera pleurisia do periodo secundario aquella que acompanha os accidentes cutaneo-mucosos e na syphilis pleural terciaria descreve trez grandes variedades: 1.^a— Aquellas que acompanham uma pneumopathia syphilitica; 2.^a— Aquellas que são associadas a lesões syphiliticas de visinhança; 3.^a— Aquellas que apparecem primitivamente. Dieulafoy, quando estabelece as differenças entre as duas variedades de pleurisia do periodo secundario, diz que as pleurisias com derrame fazem parte do syphiloma broncho pulmonar. Ora isto não é rigorosamente exacto, pois existem manifestações broncho pulmonares da syphilis sem a mais leve reacção pleural. A classificação de Fournier, que não admite a syphilis pleural secundaria, está posta de parte pois hoje conhecem-se casos de pleurisia do periodo secundario. Alem d'isso a sua classificação baseia-se em parte na anatomia pathologica da lesão, o que para o clinico é sempre impossivel ou então difficil de constatar. Eu adopto a classificação de Sergent, por me parecer que é a mais racional e a que se adapta melhor aos varios casos que se encontram na clinica.

Diagnostico

Observação I

Este doente é um syphilitico, pois apresenta cephalias supra orbitarias com exacerbação vesperal, queda do cabello, numerosos e volumosos ganglios inguinaes, cervicaes e axilares, o segundo ruido aortico duro com um timbre musical e uma reacção de Wassermann, no sangue, fortemente positiva. Pelas extrasystoles, pelo sopro systolico no foco mitral com propagação para a axilla, é portador este doente d'uma endocardite proveniente sem duvida da infecção syphilitica. Apresenta manifestações pleuraes traduzidas por attrictos nas bases e diminuição de sonoridade e de murmurio. Este doente fez o seu tratamento especifico melhorando desde que entrou.

Os attrictos pleuraes desapareceram e do resto da symptomatologia nada mais se pode dizer, devido ao doente ter permanecido apenas durante alguns dias nas salas de clinica medica. No entanto parece-me poder fazer o diagnostico d'uma pleurisia syphilitica secca do periodo terciario, propagação sem duvida da lesão syphilitica da visinhança—a endocardite.

Observação II

Esta doente apresenta um conjuncto de symptomas que nos conduzem á primeira vista ao diagnostico de tuberculose pulmonar com perturbações digestivas, tão communse de tanta importancia na symptomatologia extrapulmonar dos tuberculosos. A dôr na região axilar exacerbada pela inspiração funda, a tosse, a sub-maciszez, bronchophonia, diminuição de murmurio e respiração

rude no vertice direito e uma reacção de Von Pirquet positiva, fazia-nos supôr um principio de tuberculose. Além d'isso as perturbações digestivas com lingua saburrosa, dôres abdominaes e diarreia, e os antecedentes hereditarios com tuberculose nos ascendentes, vinham corroborar a nossa hypotese. A reacção de Von Priquet n'uma doente de 63 annos pouco ou nenhum valôr tem e as perturbações digestivas podem indicar-nos uma enterite banal. A sua renitencia explica-se pelo facto de se tornarem chronicas com uma grande facilidade aquellas que no seu inicio foram mal tratadas. Na nossa doente, o pulso e as tensões podem dizer-se normais, os ruidos aorticos são duros e rudes as manifestações pleuro-pulmonares são mais accentuadas nas bases do que nos vertices. A doente está apyretica, tem appetite, não tem suores, asthenia ou emmagrecimento, isto é, é portadora d'um regular estado geral. Teve seis irmãos mortos em creança, a mãe teve um aborto e a doente queixa-se ha dezannos de dôres osteocopicas nos membros inferiores. O exame da expectoração foi negativo para o bacilo de Koch e fez uma reacção de Wassermann no sangue fortemente positiva. O estado geral e local melhorou muito com o tratamento mercurial. Tratase pois d'um caso de heredo-syphilis com localizações pulmonares e pleuraes, sendo estas traduzidas por attrictos pleuraes e maciszez nas bases. As manifestações pleuraes traduzem uma pleurisia naturalmente complicação da pneumopathia syphilitica.

Observação III

Esta doente é portadora d'uma myocardite, diagnosticada pelo ensurdecimento dos ruidos cardiacos e pelos sopros tricuspido e mitral attribuidos á dilatação do coração e á insufficiencia consecutiva. Nos antecedentes pessoasas d'esta doente encontra-se a aquisição d'um cancro venereo ha trez annos, e d'ahi a doente apresen-

tar uma numerosa cadeia ganglionar no pescoço, axilas e virilhas e uma reacção de Wassermann fortemente positiva. A doente queixava-se d'uma forte dispneia acompanhada de tosse com expectoração mucosa e espumosa. O esquema pulmonar dando-nos sub-maciszez e accentuada diminuição de murmurio na base esquerda, levou-nos a suspeitar da existencia d'um derrame confirmado por uma punção exploradora. O liquido pleural era citrino, com as reacções de Rivalta e Wassermann positivas. A sua analyse cytologica revelou a existencia consideravel de elementos lympho-conjunctivos e de macrophagos. Posso pois diagnosticar com segurança a existencia n'esta doente d'uma pleurisia syphilitica com derrame, esquerda, do periodo terciario, propagação da myocardite. Poder-se-ha dizer que eu não tenho elementos para afirmar que a lesão pleural é propagação da lesão do myocardio. Responderei que a syphilis tem uma afinidade especial pelo systema cardio-vascular e que portanto é natural supor que elle fossè o primeiro attingido.

Observação IV

Os symptomas apresentados por esta doente são multiplos e revelam um organismo attingido nos seus principaes orgãos. Poderíamos dizer que a doente tendo cryestesia, caimbras nos membros inferiores, urinas raras, turvas, com deposito, com 0,5 gramas de albumina por litro, edemas maleolares e palpebraes, era portadôra d'uma nephrite; que a doente pelo sopro no foco mitral com propagação axilar era portadôra d'uma endocardite; que a doente pela forma do seu ventre, pelas variações de sonoridade, pela rede venosa abdominal accentuada, era portadôra d'uma ascite que mais tarde uma paracenteze veio confirmar. Pelas perturbações do aparelho respiratorio poderíamos fazer o diagnostico d'uma pleurisia, e da mesma maneira teríamos de procurar um dia-

gnostico para as perturbações nervosas. Tudo isto porem se simplifica dizendo que a doente é uma syphilitica e que todas estas manifestações se podem incluir n'um unico diagnostico-syphilis com multiplas localizações visceraes—. A doente é inquestionavelmente uma syphilitica averiguada não só pela sua symptomatologia, pois tem cephalias vesperaes, cadeias ganglionares, perturbações da reflectividade e uma reacção de Wassermann positiva, mas tambem pelo diagnostico therapeutico, pois a doente melhorou muito com o tratamento especifico. As perturbações respiratorias com dispneia, dôr, submaciszez, diminuição de murmurio, ralas sub-crepitan-tes e attrictos na base direita á frente e atraz, fizeram supôr a existencia d'uma pleurisia, confirmada pela autopsia da doente que revelou a existencia d'um derrame sero-fibrinoso direito. Trata-se pois d'uma pleurisia syphilitica, terciaria, localisação secundaria das manifestações visinhas. E' curioso reparar nos resultados da autopsia. A symptomatologia apresentada pela doente coadunava-se bem com as lesões pathologicas, lesões bem proprias da syphilis, pois ficou bem demonstrada a invasão do tecido de esclerose a quasi todas as visceras.

Pelo que fica exposto vemos que nem sempre é facil fazer o diagnostico da pleurisia syphilitica. Se a syphilis é uma doença cosmopolita, podendo atacar os mais variados órgãos e debaixo das mais estranhas modalidades, por outro lado a tuberculose tem uma predilecção especial pelas serosas e no que diz respeito propriamente á pleura é d'uma frequencia e vulgaridade bastante notavel. Se por outro lado nos lembrarmos das frequentes associações da syphilis e tuberculose, vemos-hemos muitas vezes embaraçados para distinguir as manifestações que cabem á syphilis e aquellas que são proprias da tuberculose. Um individuo pode ser manifestamente um syphilitico e ser portador d'uma pleurisia

tuberculosa. Ha portanto que reunir quanto possivel um conjuncto de symptomas que nos conduza a um diagnostico certo. Ora isto nem sempre é facil. Temos duas ordens de factores—uns clinicos, outros laboratoriales—que nos ajudam a fazer o diagnostico de syphilis pleural, e o diagnostico differencial com a tuberculose. Os symptomas clinicos por si só, pela sua semelhança com os apresentados pela tuberculose, prestam-se á confusão. Diz-se que as localizações syphiliticas da pleura são mais accentuadas nas bases, que os derrames quando os ha são geralmente bilaterais, pequenos, de liquido citrino, com uma formula cytologica definida e com uma reacção de Wassermann positiva. Ora se a tuberculose tem uma predilecção especial pelos vertices, isto não quer dizer que seja assim em absoluto. O que a tuberculose traz quasi sempre consigo é um conjuncto de symptomas geraes que se encontram raras vezes na syphilis, ou então muito attenuados.

A existencia da syphilis nos antecedentes hereditarios ou pessoais, ou então um conjuncto de symptomas que nos digam tratar-se d'um caso de heredo-syphilis, ajudam-nos para o diagnostico, depois de termos excluido a possibilidade da existencia da tuberculose.

A reacção de Wassermann no sangue ou no derrame prova unicamente que o individuo é syphilitico. No entanto, como n'alguns derrames a reacção de Wassermann é negativa, apesar de ser positiva no sangue, alguns autores concluem que, quando a reacção de Wassermann no derrame e sangue são positivas existe um processo pleural especifico. Entre as provas fornecidas pelos laboratorios, para fazermos o diagnostico differencial, temos o exame dos escarros e o exame do liquido pleural debaixo dos pontos de vista bacteriológico e cytológico. N'um individuo com tosse e expectoração mandamos fazer uma analyse para investigação do bacilo de Koch. Podemos da mesma maneira mandar fazer a pesquisa do bacilo no derrame ou então fazer com elle inoculações á cobaia. No primeiro caso o individuo pode ser manifestamente um tuberculoso e não apresentar

bacilos na expectoração. No segundo caso, encontrando-se bacilos ou tuberculizando-se a cobaia, o diagnostico de tuberculose é nítido. Segundo alguns auctores podemos basear-nos ainda na formula cytologica do derrame. Dizem que «a abundancia consideravel de elementos lympho-conjunctivos, de macrophagos derivados dos elementos endotheliaes, de celulas conjunctivas de tecido pleural, durante o periodo de estado, e a abundancia de eosinophilos, no declinio, caracterisam os derrames syphiliticos.»

Sem nos servir em absoluto de argumento, pode no entanto, junto com os outros symptomas ajudar-nos para estabelecer um diagnostico. Em resumo, não temos presentemente argumentos de que nos possamos servir para diagnosticar com toda a precisão um caso de syphilis pleural.

Estudemos no entretanto bem o doente, pesemos com reflexão todos os elementos pró e contra e no caso de pensarmos que alguns symptomas justificam o emprego do tratamento mercurial, instituamo-lo. E' este tratamento que muitas vezes nos vai fazer um diagnostico retrospectivo, quando vimos o nosso doente melhorar consideravelmente.

Sendo a syphilis pleural um assumpto cuja discussão ainda está hoje em aberto, ha alguns auctores que veem ainda contestar este argumento, para mim e para todos em geral de grande valôr. E assim o proprio Sergeant vem afirmar que pouco valôr tem a influencia favoravel do tratamento especifico, porque «se conhece a influencia favoravel do tratamento mercurial sobre a tuberculose dos syphiliticos». A meu vêr trata-se apenas d'um jogo de palavras. Parece-mo muito mais racional e com muito mais propriedade, clinicamente demonstrada, dizer que se conhece a influencia favoravel e curativa do tratamento especifico sobre a syphilis dos tuberculosos. Alguns auctores estão a meu vêr completamente obcecados pelas associações da syphilis e tuberculose. Quando admittem isoladamente a syphilis de todas as serosas e ainda mais a de todos os órgãos, chegam á pleura e negam a existen-

cia da syphilis pleural. Em tudo querem vêr a tuberculose. Servindo-se d'algumas observações d'este genero firmam-se n'ellas para combater todo e qualquer caso de syphilis exclusiva. Não pode nem deve ser assim. Sergeant, seguindo estas pisadas, chega a dizer que acreditará na existencia da sífilis pleural quando lhe mostrarem o treponema no liquido pleural. A meu ver é um excesso de escrupulo que nada justifica. Seguindo este criterio nós ainda hoje teriamos de negar a existencia do rheumatismo syphilitico, da meningite syphilitica, das endocardites etc. etc., o que me parece um pouco ousado. Sem negar as associações de syphilis e tuberculose, parece-me que actualmente possuímos elementos sufficientes para dar existencia real ás manifestações pleuraes exclusivamente syphiliticas.

Tratamento

Enquanto que nas pleurísias não syphiliticas o tratamento se reduz geralmente ao tratamento local, nas pleurísias syphiliticas o fim do therapeuta consiste em combater a infecção geral.

Assim nas pleurísias não syphiliticas usamos a revulsão, a desinfecção e intervenções cirurgicas sobre o thorax e cavidades pleuraes, meios de tratamento que não dão resultado algum na syphilis pleural. E' lógico que assim succeda pois dependendo a syphilis pleural d'uma infecção geral, é esta que primeiramente devemos combater, para obstar ou tanto quanto possivel reduzir os seus effeitos.

Assim o tratamento da syphilis pleural reduz-se em geral ao tratamento da syphilis.

Excepcionalmente temos de intervir localmente. Nas pleurísias com derrame raras vezes é necessaria a tho-

racentese, pois que os derrames da syphilis pleural, como já vimos, são em geral pouco abundantes. No entanto quando o derrame fôr muito abundante justifica-se a thoracentese, simples, ou seguida de pneumothorax artificial. Os nossos doentes foram tratados pelos medicamentos usuaes para combater a infecção syphilitica. Usamos geralmente o mercurio, arsenico e iodeto de potassio. Os nossos quatro doentes foram tratados pelo mercurio e iodeto de potassio. O segundo e terceiro doentes fizeram o seu tratamento com mercurio e iodeto de potassio alternados, e o primeiro e o quarto exclusivamente com iodeto. O mercurio usado para combater a syphilis pelo seu poder anti-parasitario, empregou-se nos nossos doentes debaixo da forma de benzoato. Introduzimos o medicamento por meio de injeções intramusculares, na nade-ga, na dose dum centigrama por dia durante 20 dias. O iodeto de potassio, aproveitando a sua acção anti-esclerosante e excitante do systema nutritivo, foi empregado debaixo da forma de poção, na dose de um a dois grammas por dia, conforme a tolerancia do doente. Alem d'esta therapeutica especifica os nossos doentes foram sujeitos a uma medicação symptomatica.

Visto

Thiago d'Almeida

PRESIDENTE

Póde imprimir-se

Maximiano de Lemos

DIRECTOR

Erratas — Algumas gralhas tipograficas passaram
no texto que a intelligencia do leitor facilmente corrigirà.