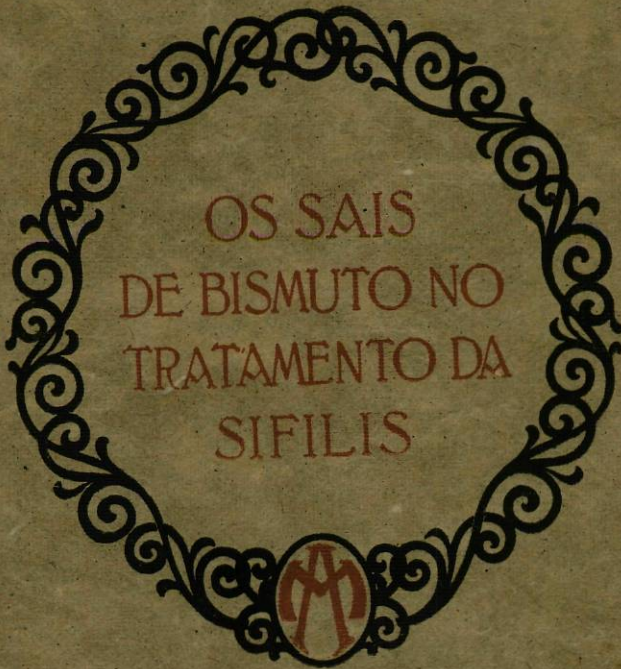


ANTONIO MARTINS MOREIRA

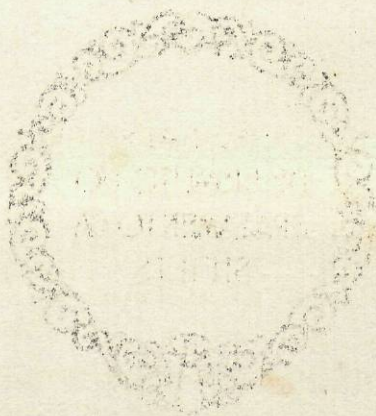


201/10 F.117

JULHO DE 1922.

OS SAIS DE BISMUTO
NO TRATAMENTO DA
SIFILIS - - - - -

ALVARO DE ALEMEIDA



ALVARO DE ALEMEIDA
ALVARO DE ALEMEIDA
ALVARO DE ALEMEIDA

Tipografia Marques
R. Gonçalo Cristovão, 191
Porto

ANTONIO MARTINS MOREIRA



OS SAIS
DE BISMUTO NO
TRATAMENTO DA
SIFILIS

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA À FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO

JULHO DE 1922

Saculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR INTERINO - Prof. João Lopes da Silva Martins Junior

SECRETARIO INTERINO - Prof. Carlos Faria Moreira Ramalhão

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descriptiva	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica.	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Bacteriologia e Parasitologia.	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene e Epidemiologia	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal.	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Anatomia topografica e medicina operatoria	Vaga
Patologia cirurgica	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica e clinica de molestias infecciosas	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica.	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral e hidrologia médica	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstetrica.	Vaga
Historia da Medicina e Deontologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifiligrafia	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos.
Pediatria.	Prof. Dr. Antonio 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.*

A MEUS PAIS

... ..
... ..
... ..

A TODOS OS MEUS

AOS MEUS CONDISCIPULOS

EM ESPECIAL:

DR. JAIME DOS SANTOS RODRIGUES

DR. EURICO FERREIRA ALVES

DR. JOÃO PINTO NOGUEIRA AVELAR

DR. ANTONIO TELMO AUGUSTO CARDOSO CORREIA

AO NOTAVEL DERMO-SIFILIGRAFO
E MEU ILUSTRE PROFESSOR

EX.^{MO} SENHOR

DR. LUIS DE FREITAS VIEGAS

Homenagem de respeito e gratidão pela gentileza com que favoreceu e acompanhou os nossos ensaios terapêuticos, na sua clinica especial de doenças da pele e sifilíticas do Hospital de Santo António.

AO DOUTO PROFESSOR E MEU
ILUSTRE PRESIDENTE DE TESE

EX.^{MO} SENHOR

DR. ALVARO TEIXEIRA BASTOS

Homenagem do discípulo reco-
nhecido.



BISMUTOTERÁPIA

Foi Sauton, uma das vítimas da grande guerra, quem primeiro teve a ideia de aplicar os sais de bismuto, na espirilose das galinhas e em outras tripanosomíases, tendo a suprema ventura de vêr, com Robert, retomados os seus trabalhos por investigadores de nomeada.

Com efeito, Sazerac e Levaditi, expozeram com o máximo brilho, na *Sociedade de Biologia*, o resultado das suas pesquisas, em que confirmaram que o bismuto exerce uma acção rápida e enérgica não só na sífilis experimental do coelho, mas ainda na sífilis humana.

O tartrobismutato de potássio e sódio, em suspensão oleosa, era o preparado de que usavam, fornecendo-o a experimentadores, como Fournier e Gue-

not, para que realizassem a contraprova. E de facto, estas notabilidades, pela voz autorizada de Roux, apresentaram áquela Sociedade, na sessão de 17 de Outubro de 1921, os brilhantes resultados a que tinham chegado e cujas conclusões, tendo por base a observação de uma centena de casos, são na realidade bastante interessantes não podendo por êsse facto resistirmos à tentação de as transcrever.

«Le bismuth peut-être considéré comme un des agents antisiphilitiques des plus énergiques. — Des observations nombreuses et longtemps prolongées pourront seules montrer s'il est capable de produire chez les individus infectés la guérison totale et définitive de la maladie. Nos recherches mettent en relief son action rapide et durable sur les manifestations diverses de la syphilis et particulièrement, fait capital, au point de vue de la prophylaxie social, sur les manifestations contagieuses. Elles montrent ainsi nettement que les belles recherches de M. M. Sazerac et Levaditi viennent de fournir une arme thérapeutique nouvelle, peut-être la plus puissante, contre le fléau syphilitique».

As conclusões de Sazerac e Levaditi foram consequentemente confirmadas, reconhecendo-se ao bismuto um poder terapêutico considerável contra a sífilis e as suas manifestações.

O treponema, nas manifestações primárias, desa-

parecia à segunda injeção de tartrobismutato de potássio e sódio, fazendo-se a cicatrização do cancro no período máximo de vinte dias, com regressão considerável dos gânglios satélites.

Resultados idênticos se obtinham no período secundário, cicatrizando rapidamente as lesões erosivas e demorando um pouco mais o desaparecimento das manifestações papulosas, placas hipertróficas, etc.

Os fenómenos gerais desapareciam às primeiras injeções.

Em variadíssimas infecções sífilíticas mercúrio e arsénio-resistentes, os resultados foram surpreendentes, causando espanto a maneira rápida como à quarta injeção cedeu o quadro sintomático duma meningite aguda de natureza luética.

E, na sífilis terciária, posto que seja mais lenta a desapareção do agente causal, notava-se, no entanto, que as lesões gomosas e outras manifestações próprias deste período eram benéficamente influenciadas pela acção poderosa deste medicamento.

E à medida que as experiências se iam fazendo, a reacção de Wassermann ia orientando os pesquisadores, verificando-se que era atenuada desde o início do tratamento, chegando-se, em grande número de casos, a uma negatividade perfeita ao fim dum reduzido número de injeções.

A via de introdução do medicamento era a intra-

muscular, administrando-se de comêço a dose de 0^{gr.},2, de dois em dois dias, ou a dose de 0^{gr.},3, de três em três dias.

Na primeira série de injeccões, procurava-se administrar uma dose global de 2^{gr.} a 2^{gr.},5, suspendendo-se, porém, o medicamento, que no geral era bem tolerado, logo que sobreviesse a estomatite, geralmente benigna, mas que tem grandes analogias com a provocada pelo mercúrio.

O medicamento elimina-se com facilidade pelas urinas, saliva, bÍlis e fezes, e a não ser uma ligeira albuminúria, muito excepcional, ou poliúria, nunca se verificou qualquer outro desequilÍbrio da funcção renal.

Às vezes, porém, o estado geral é um pouco atingido, havendo cansaço, anorexia, sensação de pêso no estômago, emmagrecimento, e, em muitos casos, uma ligeira hipertermia.

Os sindromas da cólica torácica e da cólica abdominal são duma raridade tam notável que quási não merecem referências e das perturbações mencionadas, como se verá nos casos clÍnicos que brevemente vamos passar em revista, rarÍssimas foram as que se observaram, verificando-se até, em dois casos, que, longe de haver emmagrecimento, havia pelo contrário um aumento considerável de pêso.

A mais importante das perturbações causadas por

esta medicação é a estomatite que, apesar de referirmos apenas três casos, é, segundo os autores, muito frequente, mas de grande benignidade, aparecendo principalmente naqueles individuos a que faltam os cuidados habituais de higiene da bôca.

Dominado, pois, por trabalhos de tam magna importância, quizemos, sem vaidade e sem pretensões, verificar apenas se na realidade estavamos em presença de uma arma poderosíssima contra um dos mais terríveis flagelos da humanidade — a sífilis — . E, assim, encontrando no mercado um preparado de tartrobismutato de potássio e sódio baptisado commercialmente com o nome de *Trépol*, abrimos a nossa parca algibeira de estudante, tendo em mira somente um fim humanitário.

ESTOMATITE BISMUTICA

Sendo o bismuto um medicamento admiravelmente tolerado, mesmo quando se trate da sua administração, segundo preceitos bem estabelecidos, tem, quasi que geralmente, o inconveniente de impregnar a mucosa bucal, complicando-se, por vezes, de phenomenos inflamatórios, manifestando-se, nessa ocasião, uma verdadeira estomatite bismútica, muito parecida, na forma clínica, com a estomatite mercurial.

Não é recente a estomatite bismútica e já algumas vezes tinha sido observada, quer quando se fazia um penso bismútico em feridas, quer em administrações de bismuto pela via digestiva, quer finalmente em trabalhos de laboratório, quando se provocava experimentalmente em cães.

Esta estomatite é o primeiro sinal de intolerância que aparece na bismutoterapia, e pode dar-se, quer com os sais solúveis, quer com os sais insolúveis daquela base. Também se sabe que êste inconveniente é acelerado pela presença de bacillus coli ou de ácidos, como o tártrico, o láctico e o cítrico.

No tratamento da sífilis pelo bismuto, é freqüente aparecer a estomatite depois da 6.^a ou 7.^a injeção de tartrobismutato de potássio e sódio, o que obriga, muitas vezes, a suspender a sua administração. E dá-se esta complicação, com freqüência aproximadamente igual, quer se trate do tartrobismutato de potássio e sódio, quer do iodobismutato de quinino, em suspensão oleosa, quer ainda do citrato de bismuto, em solução aquosa, sais êstes que tem sido os mais freqüentemente usados na campanha antisifilítica.

Depende esta complicação sobretudo do estado higiênico da bôca, sendo muito rara nos indivíduos que não tem dentes cariados ou quando o médico, de início, obriga os doentes a terem os cuidados necessários com a desinfecção bucal.

A quantidade de sal bismútico injectado e o espaço com que as injeções são intervaladas teem igualmente influência sôbre o aparecimento desta complicação.

O iodobismutato de quinino, sal que a mucosa bucal melhor suporta, deve ser injectado na dose de 3 decigramas, de dois em dois dias, ou de três em três e o tartrobismutato de potássio e sódio, em intervalos iguais, porém, na dose de dois decigramas diários. Erosões mucosas, tártaro dentário, cáries, etc., tudo deverá ser cuidadosamente vigiado pelo médico, para suspender a medicação ao primeiro sintoma de intolerância.

A estomatite bismútica bastante análoga à mercurial, distingue-se, no entanto, além da sua benignidade, por uma sintomatologia menos acentuada, isto é, a fetidês de hálito é pequena e a salivação quasi nula.

É das mais variáveis a data em que aparece a orla gengival, que é o primeiro sinal de impregnação bismútica, tendo muita semelhança com a atribuída por Burton ao chumbo. Quando aparece a orla gengival, de côr pardo-azulada, característica, e que se mostra quasi sempre na gengiva inferior, onde faz o seu aparecimento à quinta ou sexta injeção de tartrobismutato, é sinal que a mucosa está impregnada de bismuto.

Algumas vezes, aparecem umas finas estrias verticais, azuladas, no sulco gengivo-labial inferior, ou em volta do colo dos dentes, ou se observam ainda manchas mais numerosas, circundando o canal de Stenon ou determinando uma mancha negro-azulada de toda a mucosa. De noite, nêstes pontos, uma sensibilidade especial aparece, sentindo-se uma dôr que se propaga aos dentes e às gengivas.

A estomatite específica pode demorar-se, sem aumentar, durante êste primeiro período, ou desaparecer, o que apenas sucede lentamente e bastante tempo depois da última injeção, citando-se casos curiosos, como o da orla se conservar ainda mêses, depois de se ter suspenso o tratamento.

No princípio, a estomatite não produz salivação, nem fetidês de hálito, sinais que aparecem mais tarde no caso de sobrevir o período de ulceração, que se acompanha de dôr mais intensa e maior tumefacção da orla bismútica. As ulcerações, por vezes, assemelham-se às pseudo-membranosas, não nos repugnando acreditar que a êste período possa sobrevir o de gangrêna.

Chegada ao período de ulceração, quási sempre a estomatite, cujo tratamento o médico seguirá com o máximo cuidado e interêsse, ou se vai atenuando sucessivamente, tornando-se parcial, ou se generalisa ainda mais.

No primeiro caso, a mucosa está intensamente congestionada. Há adenopatias submaxilares e parótideanas, dando-se, às vezes, a circunstância de a gengivite agravada acompanhar os deslocamentos provocados pelo decúbito lateral. Os dentes desguarnecidos de gengivas oscilam. Nota-se um corrimento purulento e levemente ensanguentado proveniente das gengivas, mais tumefactas e mais violáceas que dantes.

Nas regiões interdentária ou peridentária, mostram-se ulcerações, donde, à mais pequena pressão, sai um corrimento com os caracteres acima apontados.

Entre os dentes e a gengiva, levanta-se um revestimento pardacento, fácil de destacar, quando não é substituído por uma verdadeira falsa membrana. A língua inflama-se e traz bem impressa a marca dos dentes. Há dôres expontâneas, ou provocadas, na bôca. A mastigação está um pouco estorvada e, em alguns casos, nota-se um esbôço de trismus.

Não são muitos os sinais gerais a registrar.

Temperatura a 37°,5, ou pouco mais, ligeira poliúria, subindo, por vezes, a taxa urinária a três litros, não havendo albuminúria, nem cilindrúria.

O bismuto elimina-se pela urina onde, às vezes, sofre um processo fermentativo, transformando-se em sulfureto de bismuto que cõra a urina de escuro. Encontra-se igualmente bismuto no sôro do sangue, nas fezes, no líquido céfalo-raquidiano e na saliva.

A estomatite média generalizada é um pouco mais grave do que a estomatite parcial. A mucosa e as ulcerações cobrem-se de membranas pseudo-difteroides, pardacentas, ocupando as gengivas, a mucosa geniana e a língua.

As adenopatias submaxilares e parotidianas são mais pronunciadas e toda a região se empasta.

Há trismus, febre pouco elevada, ausência de salivacão e uma ligeira fetidês de hálito. Em geral, dentro de quinze dias, sobrevem a cura.

Da estomatite bismútica grave, nada direi, porque nunca foi vista, no decurso dos tratamentos anti-sifilíticos. É, pois, como se não existisse, visto que só experimentalmente em cães se tem podido estudar.

*

* *

Para haver estomatite, é preciso que se dê a associação fuso-espirilar de Vincent, que foi sempre encontrada ao nível das lesões, notando-se que era precedida, a princípio, duma pululação microbiana.

Para explicar a produção da estomatite, tem aparecido variadas teorias, como a tóxica, que atribui ao bismuto uma acção nociva para o epitélio bucal. Mas o bismuto não se acumula no organismo, elimina-se constantemente pelos vários emunctórios e até

um dos processos usados, para combater êste incidente, é precisamente a aplicação local de mais bismuto. Não podemos, pois, admitir esta teoria.

Outra das teorias é a mecânica, que incrimina o bismuto de causador de pequenas embolias produzidas ao nível dos capilares gengivais, origem provável da necrose consecutiva. Mas o exame de cortes, preparados *ad hoc*, não revela semelhantes embolias capilares.

Vem finalmente a teoria infecciosa que atribui o facto à própria associação fuso-espirilar de Vincent.

Micróbios banais encontram-se sempre na mucosa, desde o período de impregnação. Mas, se se faz o exame no período ulceroso, a associação fuso-espirilar é confirmada.

Experiências de Leblaye e Lagard mostram que a estomatite mercurial ulcerosa é impossível de se provocar em coelhos, enquanto que é facilílima a sua produção em cães, e o facto explica-se por aqueles animais serem refractários à associação fuso-espirilar.

*

* *

O tratamento empregado, na estomatite bismútica, pode ser preventivo ou curativo. Durante a bismuoterápia, deve ser observada a mais rigorosa higiene

bucal, utilizando-se para tal fim loções com um soluto de clorato de potássio, ou água oxigenada, ou ainda um soluto de perborato de sódio a 3 %.

Se, sobre a mucosa bucal, aparecem ulcerações, estas devem ser cobertas, umas três vezes por dia, com um soluto de azul de metileno a 1 % e, nos intervalos, fazer-se lavagens amiudadas com os solutos antisépticos acima mencionados. Tais são os meios de estorvar os progressos desta complicação.

OBSERVAÇÕES

I (*)

*(Do serviço especial do Ex.^{mo} Snr.
Prof. Dr. Luis Viegas).*

J. F., 48 anos de idade, casado, servente, natural do Pôrto.

ESTADO ACTUAL

Pelo corpo, apresenta uma erupção papulosa, cujos elementos acobreados são planos tendo, aproximadamente, meio centímetro de diâmetro. Estes elementos, muito abundantes nos membros, na face posterior do

(*) Lamentamos profundamente não poder apresentar observações de casos clínicos de sífilis nervosa por se não ter oferecido ensejo para tal estudo, durante o curto espaço de tempo em que este trabalho foi organizado.

tórax e no abdómen, teem, em muitos pontos, uma disposição cercinada. A epiderme, nestas lesões, mostra-se ligeiramente pagueada, com tendência à descamação.

Estas lesões acompanham-se de uma ligeira sensação de prurido no tórax.

Na parte supero-externa da anca direita, existem algumas cicatrizes deprimidas, circulares e esbranquiçadas que teem aproximadamente as dimensões duma antiga moeda de dez réis.

Na glande, próximo ao freio, e à esquerda, nota-se a existência duma cicatriz ovalar, não muito dura, deprimida e ligeiramente pigmentada de escuro.

Hérnia inguinal direita.

Nas virilhas, gânglios duros, móveis e indolôres, notando-se entre êles um como estrêla de primeira grandeza.

Estado anginoso com dôres à deglutição, audição diminuída, queda de cabelo, astenia, inaptência e ligeiras cefalalgias frontais, mais pronunciadas para a tarde.

Reacção de Wassermann, no sangue, fortemente positiva.

Aparelho circulatório: — Pulso cheio, tenso, ritmico e ligeiramente taquicárdico. Ruidos cardíacos normais.

Aparelho respiratório: — Normal.

Aparelho digestivo: — Normal.

Aparelho gênito-urinário: — Normal.

Sistema nervoso: — Não há perturbações sensíveis.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há três meses, depois dum coito suspeito, appareceu-lhe uma solução de continuidade na parte inferior e esquerda da glândea, próximo ao freio. Esta lesão, com lavagens dum soluto de sublimado e applicações dum pó amarelo, cicatrisou ao fim de alguns dias, deixando uma cicatriz circular, deprimida e ligeiramente pigmentada de castanho escuro.

Cêrca de dois meses depois, começa a sentir uma astenia muito considerável, arrepios, febre e cefalalgias frontais, mais acentuadas para a noite, surpreendendo-o, poucos dias depois, o aparecimento duma erupção, iniciada pela face posterior do tórax.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Blenorragias e cancro moles. Sarna, há dois anos.

ANTECEDENTES FAMILIARES

• Pai e mãe mortos não sabendo o doente dizer da doença que os vitimou.

Teve quatro filhos que morreram em tenra idade.

DIAGNÓSTICO

A existência, na glande, duma pequena cicatriz deprimida com um certo grau de dureza e levemente acobreada, acompanhada de pleiades ganglionares inguinais, duplas, caracterizadas pela sua indolência e formadas por gânglios de volume desigual, predominando, entre êles, um pela sua grandeza, e a erupção papulosa, que, em alguns pontos, tomava uma disposição cercinada e que fez o seu aparecimento imediatamente depois de ter cicatrizado a ulceração da glande, reunida ao resto da sintomatologia apresentada pelo doente, não permitem outra conclusão que não seja a de uma infecção de natureza sifilítica, no período secundário, bem confirmada pela positividade da reacção de Wassermann, no sangue.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Tomou oito injeções de *Trépol*, separadas umas das outras cêrca de quatro dias, sendo as duas primeiras de 3^{cc} e as cinco restantes de 2^{cc}.

À primeira injeção, as cefalalgias diminuíram um pouco, o doente tem melhor audição e a erupção cutânea feneceu consideravelmente.

No dia imediato à segunda injeção, surge uma

ligeira elevação de temperatura acompanhada de arrepios, língua saburrosa e poliúria, que chegou a atingir dois litros. O doente queixava-se de astenia e sentia um pouco doloroso o local da injeção.

Toda esta sintomatologia desaparece, passados dois dias, e, quando o doente se nos apresenta para fazer a 3.^a injeção, a erupção cutânea é quasi nula, não se queixando já das cefalalgias frontais. As restantes injeções foram feitas sem reacção importante, manifestando-se, depois da 5.^a, uma orla gengival, localizada sobre a face externa e bordo livre da gengiva inferior, notando-se ainda, sobre a mucosa jugal, umas pequenas manchas pigmentares. No dia imediato às injeções, houve sempre uma ligeira poliúria. À 6.^a injeção, a reacção de Wassermann, no sangue, era levemente positiva.

Depois da 8.^a injeção, o doente abandonou a consulta de Dermatologia, não nos sendo possível fornecer mais dados àcerca desta observação.

II

*(Do serviço do Ex.^{mo} Snr. Prof.
Dr. Teixeira Bastos).*

R. F., 23 anos de idade, solteira, serviçal, natural do Pôrto.

ESTADO ACTUAL

A doente apresenta-se um pouco pálida, com astenia, tendo, por vezes, temperatura vesperal. Gânglios cervicais, axilares e inguinais, entumecidos, notando-se entre êstes últimos, dum e doutro lado da virilha, um que sobressai pelas suas dimensões. Cefaleias nocturnas e queda de cabelo. Desde que se encontra doente, ouve menos. Dôres nos ossos dos membros, principalmente nos joelhos e cotovelos, dôres estas que também aumentam para a noite. Nas regiões nadegueiras, face ântero-interna dos membros inferior-

res, e região parotidiana esquerda, numerosas cicatrizes acobreadas com o diâmetro aproximado de 1^{cm},5.

Também tem algumas cicatrizes acobreadas, na face posterior do cotovelo esquerdo. O apetite está um pouco diminuído. Há dôr à palpação dos colónes, que são duros, formando cordões nítidos. Dejecções, uma por dia, acompanhadas de tenesmo rectal. Fezes duras, escuras e com laivos de sangue. Hemorroidas externas, salientando-se uma do tamanho duma azeitona, que pende para fora do ânus.

Aparelho circulatório: — Pulso normal, com 68 pulsações por minuto. O primeiro ruído, no fóco mitral, é soprado. O primeiro ruído aórtico é também soprado, mas com menos nitidês que aquêle.

Aparelho respiratório: — Respiração rude, no vértice do pulmão direito. Na face posterior do hemitórax direito, junto ao vértice, nota-se broncofonia, expiração prolongada e, um pouco mais abaixo, respiração diminuída.

Aparelho digestivo: — Língua ligeiramente saburrosa, mas sem perturbações digestivas. Pequena obstipação. Colónes dolorosos à palpação.

Aparelho urinário: — A análise de urinas não revelou elementos anormais e a palpação renal é indolor.

Aparelho genital: — No terço inferior da vagina, encontra-se uma ulceração abrangendo a parede pos-

terior e lateral direita, de bordos irregulares, duros e franjados. Fundo da ulceração, crateriforme, mostrando, na parte de maior declive, um orifício que comunica com o recto e por onde saiem fezes. O colo do útero está ligeiramente aumentado de volume e rígido, saindo pelo orifício externo mucosidades semelhantes à clara de ovo.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Há cerca de dois anos, apareceram-lhe muitas soluções de continuidade pelo corpo e membros. Depois disso, teve cefaleias contínuas, exacerbando-se mais para a tarde, insónias, queda de cabelo, astenia e dôres osteocopas. Queixa-se também, desde há muitos meses, de dôres à micção e à dejecção e dum corrimento vaginal mucoso, fétido, por vezes, e amarelado.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Teve, em criança, a febre tifoide e a varíola; há quatro anos, a bronco-pneumonia e, há três, o tifo exantemático.

Teve dois abortos, um aos 16 anos e outro há oito meses.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai saudável. A mãe morreu de parto. Tem sete irmãos vivos e saudáveis.

DIAGNÓSTICO

Pela história clínica da doente e pela positividade da reacção de Wassermann, conclue-se que a doente tem uma fístula recto-vaginal e, concomitantemente, uma endometrite mucosa, tendo como causa comum uma infecção sífilítica. É natural supôr que a fístula resultasse duma goma sífilítica, que se instalou na vagina e, por falta de tratamento específico e de pouca higiene local, ulcerou, dando lugar à fístula.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Esta doente, apesar das recomendações feitas para ter os cuidados necessários com a desinfecção da cavidade bucal, como tivesse o primeiro grande molar inferior direito cariado, no dia imediato à 4.^a injeção de *Trépol*, viu manifestar-se lhe uma estomatite de carácter um pouco grave. Dias antes da aparição da estomatite, sentiu cefalalgias, arrepios,

dôres pelo corpo, inaptência, náuseas, constipação, hálito com cheiro desagradável, dificuldade enorme na mastigação e a temperatura vesperal, durante uns três dias, chegou a atingir 39°. Algum tempo depois via-se, em frente dos incisivos inferiores, a mucosa gengival um pouco edemaciada, dolorosa à pressão e coberta por um delgado revestimento opalino e sanioso. Os dentes incisivos inferiores, um pouco abalados, deixavam, à pressão, escorrer umas gotas de pús, pelos interstícios gengivo-dentários. Mais tarde, sôbre a região jugal direita, nota-se que a mucosa bucal está, em larga extensão, ulcerada e esfacelada e o bôrdo correspondente da língua apresenta também ulceração idêntica e conserva a marca das arcadas dentárias. O resto da mucosa lingual apresenta um estado saburroso muito acentuado. Ambas as ulcerações teem uma forma elíptica alongada e, em tôrno delas, existe uma orla ardoseada característica, formando-lhe uma auréola pigmentar. O resto da mucosa bucal conserva uma aparência normal.

Suspendeu-se imediatamente o tratamento e toda esta sintomatologia alarmante começou a atenuar-se, depois de se ter submetido a doente a dieta láctea e de se prescrever duas vezes por dia, sôbre essas ulcerações, um soluto de azul de metileno a 1 %. No intervalo destas aplicações, foi ordenada a desinfecção

da bôca, várias vezes, durante o dia, com um soluto de perborato de soda a 3 %.

Três semanas depois, a estomatite tinha desaparecido por completo. Foi feita a extracção do molar cariado, continuando sómente com as aplicações do *Trépol*, depois de cicatrizada a lesão provocada pela extracção do dente.

Nas quatro primeiras injeccões, injectamos 3^{cc} de tartrobismutato de potássio e sódio e, nas oito restantes, apenas empregamos 2^{cc}, tendo o cuidado de distanciar seis dias as injeccões, afim de evitar qualquer reacção violenta da parte do organismo.

A doente saiu, após 12 injeccões, completamente curada e com uma reacção de Wassermann no sangue, levemente positiva.

III

*(Da clínica civil do Ex.^{mo} Snr. Prof.
Dr. Teixeira Bastos).*

E. C. C., 33 anos de idade, viuvo, empregado comercial, natural do Pôrto.

ESTADO ACTUAL

Astenia, inaptência e insónias, não apresentando algias.

Na parede posterior da faringe, veu do paladar e pilares, regiões congestionadas, notam-se, dispersas irregularmente, erosões róseas muito superficiais, arredondadas e de pequenas dimensões. As amígdalas estão um tanto tumefactas e rubras, estando revestidas, em toda a sua altura, por erosões superficiais, irregularmente arredondadas, de côr rosada e cobertas por

um exsudato esbranquiçado. A deglutição é um pouco dolorosa.

Gânglios inguinais volumosos e indolores, destacando-se, em cada virilha, um, como estrela de primeira grandeza. Reacção de Wassermann, no sangue, fortemente positiva.

Aparelho circulatório: — Ruidos cardíacos normais. Pulso cheio, amplo, normal em freqüência.

Aparelho respiratório: — Normal.

Aparelho digestivo: — Normal.

Aparelho génito-urinário: — Normal.

Sistema nervoso: — Reflexos periósseo-tendinosos e cutâneos, todos normais.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Aproximadamente há quatro meses, teve um cancro duro no sulco bálano-prepucial, que curou ao fim de 15 dias com as aplicações dum pó, ficando como *reliquat* uma cicatriz deprimida de forma ovalar, e côr levemente violácea.

Bastantes dias depois, sentiu cefalalgias, que se exacerbavam para a noite e uma ligeira queda de cabelo. Mas o doente não ligou importância de maior a esta sintomatologia. Mais tarde, como se sentisse um pouco astenizado e tivesse uma certa dificuldade, com

dôr, de deglutição, e por conselho do Ex.^{mo} Snr. Prof. Dr. Teixeira Bastos, apresentou-se na consulta de Dermatologia e Sifiligrafia, iniciando, nessa ocasião, o seu tratamento.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Blenorragia e orquite, aos 20 anos de idade. Fleimão da nuca, em Junho do ano findo.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Esposa falecida com tuberculose pulmonar. Um filho falecido com uma enterite. Tem vivos quatro filhos, pouco robustos.

DIAGNÓSTICO

A sintomatologia, a história da doença e o resultado da reacção de Wassermann, no sangue, que foi fortemente positiva, tudo nos leva a concluir que o doente apresenta uma avariose, no período secundário.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Iniciou o tratamento pelo *Trépol* e, passados quatro dias, quando se nos apresentou para lhe fazermos a segunda injeção, os pilares, o veu do paladar e a parede posterior da faringe tinham perdido o aspecto congestionado, que anteriormente apresentavam. As pequenas erosões da faringe e do veu do paladar desapareceram por completo, não se notando o mais pequeno vestígio da sua existência.

Não houve a mais pequena reacção geral, em seguida às injeções, queixando-se apenas o doente de dôres no local da injeção, dôres estas que aumentavam um pouco no dia seguinte ao da aplicação do medicamento, mas de duração relativamente pequena. À 6.^a injeção, a reacção de Wassermann, no sangue, era negativa. Utilizaram-se, no tratamento, 9 injeções, nas mesmas doses, que no caso anterior e distanciadas, umas das outras, quatro dias. Após a 7.^a injeção, aparece, sobre o bôrdo livre da gengiva inferior, uma orla de côr ardoseada, mais acentuada na parte correspondente aos quatro incisivos inferiores. Empregou-se o soluto de perborato de soda a 3 % na desinfecção da bôca.

IV

*(Doente do serviço do Assistente da
Faculdade de Medicina, Ex.^{mo}
Snr. Dr. Couto Nobre).*

M. F. G., 39 anos de idade, casado, sapateiro, natural do Pôrto.

ESTADO ACTUAL

Nariz volumoso com os orifícios das fossas nasais ulcerados e recobertos por crôstas amarelo-escuras. Na parte média do lábio superior, faz saliência uma ulceração crostosa, amarelo-suja, elíptica, cujo grande eixo mede aproximadamente dois centímetros. Os contornos desta solução de continuidade mostram-se um pouco salientes, irregulares e talhados a prumo. A sua superfície apresenta, com irregularidade, elevações e depressões, algumas das quais bastante acentuadas.

Na parte média do lábio inferior, nota-se uma ulceração de forma arredondada, tendo as dimensões duma antiga moeda de vintem, coberta por crôstas amarelo-escuras. Os seus contornos são também irregulares, talhados quâsi a pic, e não apresentam, à superfície, depressões ou elevações dignas de nota.

Além das lesões cutâneas mencionadas, apresenta emmaciação, astenia, cefalalgias frontais, com exacerbação vespertina e suores nocturnos.

Macropoliadenia inguinal dupla, com gânglios indolores, duros e rolando com facilidade.

Adenopatia submaxilar com a mesma sintomatologia.

Cicatrises arredondadas, pequenas, acobreadas, disseminadas pelo pescoço e pernas.

Alopécia e dores osteocopas, ao nível dos joelhos.

Na face anterior da glândula e perto do meato, há uma cicatriz ligeiramente violácea, arredondada, um pouco deprimida no centro.

Reacção de Wassermann, no sangue, fortemente positiva.

Aparelho circulatório: — Pulso tenso, pequeno, e de frequência normal.

Segundo ruído levemente soprado nos fôcos aórtico e mitral.

Os restantes aparelhos são todos normais.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Diz o doente que, à cerca dum ano, após uma blenorragia, as micções eram freqüentes e seguidas de dores.

Nesta ocasião, as urinas eram bastante turvas, aparecendo, no final da micção, algumas gotas de sangue.

Observou ainda que na face anterior da glande, a pequena distância do meato, havia uma ulceração arredondada, de bordos quási talhados a prumo e base dura, que, depois de curada, deixou uma cicatriz levemente violácea, deprimida no centro, e á qual, mais acima, fizemos referência.

Passados alguns meses, aparecem-lhe lesões ulcerosas no pescoço, coxas e pernas, que deixaram, depois de cicatrizadas, máculas ligeiramente deprimidas e de côr acobreada.

Em princípios de janeiro de 1922, começam a aparecer-lhe lesões ulcerosas, no bôrdos dos orifícios nasais, na parte média do lábio superior, e no lábio inferior, também na parte média.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Blenorragia, há cinco anos, acompanhada de adenite, que abriu expontâneamente e deixou uma

cicatriz bastante acentuada. Há um ano, cancro duro e outra blenorragia.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai e Mãe falecidos sem que o doente saiba dizer a doença que os vitimou. Tem quatro irmãos saudáveis.

DIAGNÓSTICO

O aspecto das lesões ulcerosas da face, as tendências para a cicatrização, que se manifestaram a seguir às primeiras injeções de *Trépol*, acrescentadas ao resto da sintomatologia, são sinais reveladores de uma infecção sífilítica, a entrar no período terciário, bem confirmada pela positividade da reacção de Wassermann, no sangue.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Êste doente apresentou, em seguida às primeiras injeções, dores pelo corpo, cefalalgias frontais, ligeira elevação de temperatura, que à tarde chegava a 37º,5, e dores no local da injeção. Apesar destas reacções

orgânicas, nota-se que o estado geral beneficia com a aplicação de *Trépol*, havendo tendências para a diminuição de toda a sintomatologia primitiva, apresentada no início do tratamento. Depois da sexta injeção, não se notou a mais pequena reacção do organismo e todas as lesões cutâneas estavam quasi curadas, deixando, em seu lugar, cicatrizes de côr acobreada. As cefalalgias frontais e as dores osteocópicas, de exacerbação vespertina, desapareceram por completo.

No dia imediato à sétima injeção, aparece sobre o rebordo livre da gengiva inferior, uma orla azulada escura, que se limitava apenas à porção correspondente aos quatro incisivos, porque os restantes dentes inferiores não existiam, permanecendo, no entanto, a mucosa gengival em bom estado. Sobre a mucosa da abóbada palatina, notava-se a existência dum pontilhado levemente azulado e irregularmente distribuído.

Como o doente tivesse os cuidados necessários com a bôca, lavando-a várias vezes, com um soluto de perborato de soda a 3 %, durante as 12 injeções de *Trépol*, não foi necessário fazer-se interrupção do medicamento, obrigada por fenómenos de intolerância do lado da cavidade bucal.

À décima injeção a reacção de Wassermann, no sangue, era levemente positiva.

V

*(Doente do serviço do Assistente da
Faculdade de Medicina, Ex.^{mo}
Snr. Dr. Couto Nobre).*

S. J. D., 39 anos de idade, viuvo, tamanqueiro, natural do Pôrto.

ESTADO ACTUAL

Êste doente mostra, fazendo saliência na parte inferior do nariz, uma ulceração crostosa que occupa a metade inferior do dorso nasal, toda a aza direita e se estende um pouco sôbre a parte mais interna da região molar. Esta extensa ulceração tem uma côr amarelo-escura e a sua superfície é constituída por elevações e depressões, chegando a formar, em alguns pontos, verdadeiras anfractuosidades. Os contornos desta ulceração são bastante irregulares, um tanto espêssos, e quási que talhados a pic. A aza direita do

nariz tinha sido destruída na sua parte posterior deixando esta solução de continuidade um espaço em forma de triângulo de base dirigida para baixo. O nariz apresenta-se tumefacto, em quasi toda a extensão, mas muito principalmente na parte inferior.

Nota-se ainda, na parte média do lábio superior, uma ulceração pouco profunda, aproximadamente de forma rectangular, medindo cerca de 1^{cm},5 de comprimento. Esta ulceração, de cor levemente rosada, mostra-se, em alguns pontos, coberta por crostas amareladas.

Além disto, queixa-se de astenia, emmagrecimento, queda de cabelo, suores nocturnos, cefalalgias frontais e dores osteocópicas, nos membros inferiores, mais acentuadas para a noite. Pouco apetite e deglutição dolorosa.

Examinando a cavidade bucal, nota-se o desaparecimento da úvula e os pilares mostram-se levemente congestionados. Amígdalas ligeiramente aumentadas de volume e congestionadas.

Obstipação.

Audição um pouco diminuída.

Algumas cicatrizes deprimidas e de cor acobreada, nos membros inferiores.

Pleiades ganglionares, inguinais, nítidas.

Reacção de Wassermann, fortemente positiva, no sangue.

Aparelho circulatório: — Pulso pequeno, hipotenso e freqüente.

Segundo ruído aórtico, um pouco vibrante.

Aparelho respiratório: — Diminuição da respiração nos dois vértices pulmonares, com aumento das vibrações vocais à direita.

Aparelho digestivo: — Normal.

Aparelho génito-urinário: — Normal.

Sistema nervoso: — Normal.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Aproximadamente há cinco anos, teve um cancro duro na glândula, junto ao meato urinário, que lhe destruiu uma parte dos tecidos da glândula, antes da cura que se verificou ao fim de algum tempo.

A cicatriz resultante tem uma forma irregularmente elíptica, deprimida e levemente violácea.

A seguir sentiu cefalalgias que se acentuavam para a tarde e queda de cabelo. Teve uma erupção cutânea, levemente rosada e, mais tarde, feridas pelos membros inferiores as quais, depois de curadas, deixaram cicatrizes deprimidas e acobreadas.

Toda esta sintomatologia começou a atenuar-se em seguida a um tratamento pelo benzoato de mer-

cúrio e desapareceu depois do doente ter tomado, durante bastante tempo, xarope de Gibert.

Em agosto de 1921, entrou para o Hospital de S. António, por apresentar algumas ulcerações, não muito extensas, na metade inferior do nariz e na parte mais interna da região malar direita. Fez, nesta ocasião, quatro injecções de 914 e vinte injecções de benzoato de mercúrio, saindo do Hospital com todas as manifestações completamente cicatrizadas. Fora do Hospital, tomou, durante algum tempo, iodeto de potássio e mais tarde xarope de Gibert.

Em meados de fevereiro dêste ano, começam a aparecer-lhe ulcerações pelo nariz e pela face, lesões estas que, pela tendência invasora que indicavam, permitiram o seu internamento no Hospital de S. António.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Variola em criança e, há cinco anos, cancro duro.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pais falecidos há bastante tempo, ignorando o doente a causa.

DIAGNÓSTICO

A sintomatologia, a história da doença e os resultados colhidos com a medicação específica levam-nos a concluir que o doente é um sífilítico, diagnóstico êste que é confirmado pela positividade da reacção de Wassermann, no sangue.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

As extensas lesões ulcerosas, que ocupavam uma enorme parte do lábio superior, a metade inferior do nariz e uma parte da metade direita da face começaram a mudar de aspecto e de volume, em seguida à segunda injeccção.

Por esta data, applicamos a pomada de *Trépol*, sôbre as lesões, que reforçou admiravelmente o poder terapêutico das injeccões.

Á nôna injeccção, todas as lesões cutâneas estavam completamente curadas, tendo o doente ficado um pouco defeituoso, porque uma parte da aza direita do nariz tinha sido destruida. Continuou-se com a medicação, sendo necessário para completar o tratamento, elevar o número de injeccões até dôse, ao fim das quais o doente apresentava um aspecto admirável, tendo todas as perturbações desaparecido por com-

pleto. Todas as injeções de *Trépol* foram distanciadas de quatro dias umas das outras, sendo as três primeiras de 3^{cc} e as dez restantes de 2^{cc},5, não tendo o doente, durante êste tratamento, manifestado a mais pequena perturbação, a não ser uma ligeira poliúria, no dia imediato ao das injeções, e uma orla gengival que se localizou sôbre o rebôrdo livre da gengiva inferior e que só começou a iniciar-se depois da oitava injeção.

No princípio do tratamento, o estado da mucosa bucal e dos dentes era bom.

No final do tratamento, a reacção de Wassermann, no sangue, era fracamente positiva.

VI

*(Doente do Serviço Especial do Ex.^{mo}
Snr. Prof. Dr. Luis Viegas).*

A. L. C., de 32 anos de idade, solteiro, empregado comercial, natural do Pôrto.

ESTADO ACTUAL

Emmagrecimento notável, astenia considerável, pele e mucosas descòradas, suores nocturnos abundantes, cefalalgias frontais freqüentes, com exacerbação vespertina. Insónias, dôres nas articulações dos joelhos, aumentando para a noite ou com a marcha. Cicatrizes numulares acobreadas, disseminadas por todo o corpo, mas em maior número na face posterior das coxas.

Encontram-se, nas faces, anterior e externa da

coxa esquerda, algumas ulcerações crostosas de forma arredondada, tendo aproximadamente as dimensões duma moeda de dez réis.

As crostas, que cobrem estas ulcerações, são circulares, espessas, amarelo-sujas, bastante duras e aderentes. Por baixo delas, encontram-se ulcerações pouco profundas e lubrificadas por gotas de puz.

Na união do terço superior com os dois terços inferiores da perna direita, vê-se uma mancha violácea, ocupando as duas faces, interna e externa. Esta mancha tem aproximadamente uma forma elíptica, cujo grande eixo mede 10^{cm} e cujo centro é ocupado por uma ulceração circular, com o diâmetro de 3^{cm},5. Os bordos da ulceração são irregulares, e em alguns pontos, junto aos bordos, nota-se a existência de tecido cicatricial.

Na glande, existem várias cicatrizes deprimidas, em *godet*, destacando-se entre elas uma pela sua forma e pelo seu tamanho, situada na parte esquerda e inferior da glande, junto ao freio.

Esta cicatriz, deprimida, de fundo violáceo e liso, tem forma elíptica e o grande eixo mede aproximadamente 1^{cm}.

Nota-se ainda grande assimetria das bolsas testiculares, encontrando-se mais distendida a metade direita.

À direita, na região escrotal, as veias apresentam-se nítidamente desenhadas.

O testículo direito, aumentado de volume, tem uma superfície lisa e torna-se doloroso ao mais pequeno toque.

O epididimo do mesmo lado, apresenta-se ligeiramente aumentado de volume, liso e um pouco doloroso.

Macropoliadenia inguinal dupla, com gânglios duros, indolôres e móveis.

Aparelho circulatório:— Segundo ruído, nos focos mitral e aórtico, mais bem batido. Pulso pequeno, tenso, rítmico e freqüente.

Aparelho respiratório:— Normal.

Aparelho digestivo:— Normal.

Aparelho gênito-urinário:— Normal.

Sistema nervoso:— Todos os reflexos periósseotendinosos e cutâneos normais.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Em Junho de 1921, teve na glândula várias ulcerações que, depois de curadas, deixaram cicatrizes depressivas. Entre elas, destaca-se uma, que levou muito mais tempo a curar, deixando depois de cicatrizada uma depressão maior do que as outras e um certo grau de dureza.

Por essa data, teve pelo corpo uma erupção ma-

culosa que desapareceu com o tratamento mercurial. Tomou vinte injeções de cianêto de mercúrio e a seguir seis de 914.

Em fins de Março de 1922, teve astenia, anorexia suores nocturnos, cefalalgias frontais, com recrudescência vespertina e, pela face, aparece-lhe uma erupção formada por elementos pápulo-pustulosos, de côr arroxeada e reunidos em pequenos grupos.

As bolsas testiculares apresentavam-se aumentadas de volume, assimétricas, notando-se um volume maior na metade direita, que era dolorosa à pressão.

DIAGNÓSTICO

A existência, entre as várias cicatrizes da glande, de uma que se destaca pelo seu tamanho e por um certo grau de dureza, as numerosas cicatrizes acobreadas, disseminadas pelo corpo, o aspecto especial das ulcerações localizadas nos membros inferiores, as cefalalgias frontais e artralguas dos joelhos, com exacerbação nocturna, a macropoliadenia inguinal dupla, com gânglios duros, indolores e móveis, são elementos incontestáveis de uma infecção luética, confirmada plenamente pela reacção de Wassermann positiva, no sangue.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Neste doente, não houve a mais pequena reacção geral ao tratamento bismutado, apresentando apenas, depois de cada injeção, uma ligeira poliúria.

À oitava injeção, apareceram-lhe, sobre a mucosa jugal, umas manchas pigmentadas, azul-escuras, alongadas e correspondentes à arcada dentária inferior.

A mancha pigmentada mais nítida encontra-se na metade esquerda da mucosa. Sobre a gengiva inferior, nota-se um listrado gengival azulado, pouco intenso, e que aparecem um pouco mais tarde que as outras manchas pigmentares.

Depois da terceira injeção, as melhoras começaram a acentuar-se, havendo uma atenuação considerável em toda a sintomatologia.

À sétima injeção, a reacção de Wassermann, no sangue, era já negativa e à décima segunda, última neste caso, verificou-se um aumento de oito quilos no peso do doente, tendo desaparecido por completo todas as lesões cutâneas.

VII

*(Doente do serviço do Ex.^{mo} Snr.
Prof. Dr. Teixeira Bastos).*

A. S. P., de 20 anos de idade, casado, pedreiro,
natural de Barreiros.

ESTADO ACTUAL

Abundância de cicatrizes deprimidas, em geral acobreadas, mais ou menos circulares, de dimensões várias, algumas bastante pequenas, não excedendo as maiores um diâmetro de 3^{cm}. Tumefacção bastante característica na metade direita do pescoço e mais acentuada na porção contígua da região submaxilar. Pela palpação, distinguem-se macropoliademas submaxilares e cervicais. Na região lateral direita do pescoço, extensa ulceração de forma lanceolada, de fundo purulento e

grande eixo quasi paralelo ao bordo inferior da maxilla, com bordos irregulares cercados por uma auréola vermelho-escura.

Um pouco mais abaixo e na mesma região, encontra-se uma solução de continuidade hipertrófica, centrada por uma gôta de pus. A parte periférica desta lesão é vermelho-carminada. Na metade esquerda do pescoço, nota-se também tumefação, mas de dimensões um pouco inferiores às do lado oposto. Nesta região, vêem-se três ulcerações dispostas quasi que em linha vertical, sendo a superior de forma elíptica, ligeiramente deprimida, rosada e com tendência à cicatrização. A ulceração média, de forma quasi circular, está deprimida e o seu centro é ocupado por um exsudato purulento. A ulceração inferior, a maior das três, é igualmente circular, de bordos recortados, e apresenta a parte central mais ou menos anfractuosa. A cor das ulcerações, que são cercadas por uma orla acobreada, é vermelho-viva.

Nas faces anterior e posterior do tórax, há abundância de cicatrizes, sendo bastante característico o aspecto das da face anterior, por apresentarem, ao lado de inúmeras cicatrizes circulares e de pequenas dimensões, outras elípticas de grande eixo medindo cerca de 3^{cm}.

Na região deltoideia esquerda, notam-se extensas soluções de continuidade hipertróficas, que estão co-

bertas, no centro, por uma crosta acastanhada e aderente. Devido à queda accidental duma das crostas, notou-se que o centro duma destas lesões estava recoberto por uma camada de pus.

Cada uma destas crostas é formada por camadas estratificadas que, no conjunto geral, tomam o aspecto e a disposição de uma concha de ôstra.

Na parte póstero-externa da coxa esquerda, há ulcerações de forma elíptica, pouco deprimidas, levemente rosadas e todas contornadas por uma zona acobreada.

Encontra-se ainda, na parte superior e externa da nádega esquerda, uma ulceração crostosa, aproximadamente elíptica, cujo eixo maior tem um comprimento de cêrca de três centímetros. Apresenta ainda astenia, cefalalgias frontais e dificuldade na deglutição. O exame da cavidade bucal revela uma tumefação pouco pronunciada das amígdalas e uma ligeira congestão do veu do paladar.

Pleiades ganglionares, inguinais, com gânglios volumosos, duros e indolores à pressão.

Reacção de Wassermann, no sangue, positiva.

Aparelho circulatório: — Ruídos cardíacos normais. Pulso cheio, tenso, rítmico e com 76 pulsações por minuto.

Os restantes aparelhos são normais.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Conta o doente que, há 8 meses, teve uma blenorragia e, na mesma ocasião, notou que havia uma exulceração, na parte superior do sulco bálano-prepucial e porção correspondente do prepúcio, não prestando, contudo, atenção alguma a esta lesão que, passados 15 dias se achava completamente curada, deixando uma cicatriz ovalar, deprimida e levemente violácea.

Dois meses depois, começa a notar palidês cutânea, astenia, febre, inaptência, suores nocturnos, cefalalgias frontais, dores nos ossos, mais acentuadas nos membros inferiores a ponto de lhe dificultarem a marcha. Estas algias eram de exacerbação nocturna.

Obrigado a ficar de cama, passados alguns dias, observa que por todo o corpo lhe aparecem vesículas de pequenas dimensões que, ao fim de algum tempo, abriram expontaneamente deixando sair um líquido levemente purulento. Daí resultaram soluções de continuidade que se foram agravando e aumentaram por confluência.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Cancro duro, há oito mêses.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai falecido com cardiopatia. Mãe saudável. Seis irmãos vivos e saudáveis.

DIAGNÓSTICO

A sintomatologia apresentada por este doente não oferece dúvidas de que se trata de uma infecção sifilítica maligna e precoce, de resto bem confirmada pela positividade da reacção de Wassermann, no sangue.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Este doente, apesar de ter sofrido, há um mês, um tratamento pelo arsénico e pelo mercúrio, pequenas modificações apresentava na sua sintomatologia.

É, pois, num estado lastimoso que o doente começa a fazer aplicações de *Trépol*.

À quarta injeção, a sintomatologia pouco se tinha modificado, apesar de se ter auxiliado a acção do tartrobismutato de potássio e sódio, sobre as lesões cutâneas, com a pomada de *Trépol*. Mas, à sexta injeção, há uma diminuição considerável de todos os sintomas e muito principalmente nas lesões cutâneas.

As melhoras vão-se acentuando até que à décima segunda injeccção pouco ou quási nada falta para que a cicatrisação seja completa.

A restante sintomatologia desapareceu.

Como reacção orgânica, houve apenas, nos dias imediatos à injeccção, uma ligeira poliúria, acompanhada de pequena elevação térmica para a tarde, isto, porém, só durante as três primeiras injeccções.

Após a oitava, é que se começa a notar o aparecimento do listrado gengival sôbre o bôrdo livre da gengiva inferior e, na mucosa labial correspondente, havia uma mancha pigmentar de contornos bastante irregulares.

Reacção de Wassermann, no sangue, depois da décima injeccção, fracamente positiva.

VIII

*(Doente do serviço do Ex.^{mo} Snr.
Dr. Rodrigo Guimarães).*

A. R., 26 anos de idade, casada, vendedeira ambulante, natural de Paranhos, Pôrto.

ESTADO ACTUAL

Apresenta, na metade direita da face e adiante do pavilhão da orelha, uma zona levemente rosada, encontrando-se, no centro, uma ulceração de contornos irregulares, pouco salientes, e coberta por uma crosta amarelada. Esta ulceração mede aproximadamente dois centímetros e meio, no seu maior diâmetro. Apresenta ainda cefalalgias nocturnas, insónias, queda de cabelo, emaciação acentuada, astenia, pele e mucosas descòradas.

Várias cicatrizes acobreadas pelo pescoço e membros inferiores. Pleiades ganglionares, nas virilhas, bastante pronunciadas e indolores, deslizando os gânglios com facilidade debaixo dos dedos, notando-se, no entanto, em cada uma das pleiades, um mais volumoso.

Reacção de Wassermann, no sangue, fortemente positiva.

Aparelho circulatório:— Segundo ruído cardíaco ligeiramente vibrante, nos focos mitral e aórtico.

Pulso pequeno, rítmico, tenso e com frequência normal.

Aparelho respiratório:— No vértice pulmonar direito, a respiração está levemente diminuída e a expiração prolongada.

Aparelho digestivo:— Normal.

Aparelho gênito-urinário:— Tem micções frequentes, acompanhadas de ardência e um corrimento amarelo-esverdeado bastante abundante.

Sistema nervoso:— Nada encontrei que pudesse considerar anormal.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Aproximadamente há ano e meio, após relações sexuais suspeitas, notou que, no grande lábio di-

reito, havia uma solução de continuidade de pequenas dimensões, lesão esta que levou cerca de três semanas a cicatrizar.

Daí resultou uma pequena cicatriz, ligeiramente deprimida e de base dura. Por esta ocasião, notou que da vagina saía um corrimento amarelo esverdeado, bastante abundante. Tendo sido, até à data, relativamente forte, de então para cá, começa a sentir perda de forças, queda de cabelo, cefalalgias vesperais e, pelos membros inferiores e corpo, aparecem-lhe soluções de continuidade que, depois dum tratamento mercurial, desapareceram, ficando em seu lugar cicatrizes vinosas.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Tifo exantemático e gripe pneumónica. Dois filhos falecidos em tenra idade.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Mãe viva e saudável.

DIAGNÓSTICO

Pelos sintomas apresentados, lesões ulcerosas da face, cefalalgias frontais de exacerbação nocturna, queda de cabelo, astenia, dores osteocópicas, macropoliadenias inguinais duplas, com gânglios indolores, rolando com facilidade sob os dedos, desiguais, notando-se, entre eles, um maior, fomos levados a concluir que a doente tem uma avariose, no período secundário, sendo o diagnóstico confirmado pela reacção de Wassermann fortemente positiva, no sangue.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Todo o tratamento correu sem reacção de maior importância, sendo o medicamento bem tolerado, notando-se apenas poliúria, muito frequente, como se tem verificado, nos dias seguintes às injecções e que, em alguns casos, chegou a atingir 1'900.

Devemos ainda mencionar a existência de listrado gengival localizado na gengiva inferior, bem como algumas manchas pigmentares, que salpicavam irregularmente a mucosa jugal.

À quarta injecção, nota-se uma diminuição acentuada dos sintomas gerais e as lesões cutâneas tem uma tendência considerável para a cicatrização que

tem sido auxiliada com a aplicação do *Trépol* em pomada.

A reacção de Wassermann muito fortemente positiva, no sangue, no início do tratamento, tornou-se negativa, depois da oitava injeccção. Em seguida à décima, manifesta-se lhe uma estomatite ulcerosa, cujas lesões, pequenas e arredondadas, se localisavam na parte correspondente aos últimos molares superiores direitos. Antes da aparição da estomatite, sentiu cefalalgias frontais, dores pelo corpo, inaptência, hálito com cheiro desagradável, dificuldade na mastigação, e a temperatura vespéral, durante quatro dias, chegou a atingir 37°,5. Aplicando sôbre as ulcerações o soluto de azul de metileno a 1 ‰ e continuando as lavagens bucais com o soluto de perborato de soda a 3 ‰, no fim de três semanas, a estomatite estava completamente curada.

Continuando com as injeccões de *Trépol*, foram-lhe feitas mais duas aplicações, no fim das quais toda a sintomatologia desapareceu.

IX

*(Da clínica civil do Assistente da
Fac. de Medicina, Ex.^{mo} Snr.
Dr. João d'Almeida).*

J. A., 24 anos de idade, casado, sargento do exército, natural de Lamego.

ESTADO ACTUAL

O doente apresenta cefalalgias frontais, que aumentam para a noite, astenia, emaciação, anorexia, elevação de temperatura para a tarde e suores nocturnos. Além disso tem, igualmente para a noite, dores osteocopas, sobretudo nos membros inferiores.

Dores de garganta, com dificuldade de deglutição, adenopatia cervical, mais pronunciada à direita. Pelo corpo apresenta cicatrizes de côr vinosa. Macropliadenia inguinal dupla.

Aparelho circulatório: — Normal.

Aparelho respiratório: — Na face anterior do hemitórax direito, nota-se respiração intercisa. Na face posterior e no vértice do mesmo pulmão, sarridos crepitantes. Os restantes aparelhos são normais.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Contraíu, há três anos, a sífilis. Depois de ter feito tratamento com os sais de mercúrio e arsénio, melhorou consideravelmente. Em fevereiro dêste ano, porém, como o seu estado se agravasse, foi internado no Hospital Militar, onde colheu enormes benefícios com as injeções intra-musculares de tartrobismutato de potássio e sódio, em suspensão oleosa, saindo completamente curado.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Blenorragia e cancro duro, há três anos.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai falecido, aos 42 anos, de pleurisia purulenta; mãe victimada por uma hemorragia cerebral. Teve

dez irmãos dos quais são vivos apenas cinco. Um dêles faleceu com um ataque de reumatismo e o doente ignora a doença que vitimou os outros quatro.

DIAGNÓSTICO

A sintomatologia apresentada pelo doente, os seus antecedentes pessoais e a história da sua doença levam-nos a concluir que o doente é um sífilítico.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Antes do doente ter começado o tratamento pelo *Trépol*, a temperatura para a tarde elevava-se a 39°, atingindo 39°,5 após as duas primeiras injeções, sentindo ao mesmo tempo ligeiras dôres pelo corpo e mau gôsto na bôca. Á terceira injeção, porém, a temperatura normalisa-se, não havendo daí em diante a mais pequena reacção orgânica. O doente melhora à medida que se vai progredindo no tratamento.

Depois da quinta injeção, aparece-lhe, sôbre o bôrdo livre da gengiva inferior, uma delgada faixa azulada escura e um listrado semelhante, mas menos acentuado, sôbre a face interna da gengiva.

Foram feitas seis injeções de 2^{cc}, distanciadas umas das outras oito dias.

Tomou o iodeto de potássio, na dose de um grama por dia, aumentando sete quilos de pêso, no fim do tratamento.

X

*(Da clinica civil do Ex.^{mo} Snr.
Prof. Dr. Luis Viegas).*

J. M. S., 40 anos de idade, solteiro, natural de Famalicão.

ESTADO ACTUAL

Apresenta um cancro sífilítico, datando de cinco dias, confirmado pelo exame ultra-microscópico e por preparações coradas. Na ocasião do exame, não apresentava, além do cancro, outra sintomatologia digna de menção.

Nada há a registar nos antecedentes, quer pessoais, quer hereditários.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Revelada a presença do treponema pela ultra-microscopia, fez imediatamente a primeira injeção de *Trépol* e, depois desta, assim como das seguintes, separadas quatro dias umas das outras, não se verificou a mais pequena reacção geral.

Passados treze dias, isto é, imediatamente depois da 3.^a injeção, o cancro estava completamente cicatrizado e um gânglio inguinal, que começava a tumefazer-se, desaparecia por completo. À sétima injeção, aparece-lhe a orla gengival, na gengiva inferior, na porção correspondente aos incisivos. O emprêgo de um soluto de perborato de soda a 3 % impediu o aparecimento de lesões inflamatórias. O tratamento consistiu em nove injeções de *Trépol*, distanciadas, como se disse, sendo as três primeiras de três centímetros cúbicos e as seis restantes de dois centímetros cúbicos e meio.

XI

*(Da clínica civil do Ex.^{mo} Snr. Prof.
Dr. Luis Viegas).*

A. J. R.

ESTADO ACTUAL

Apresenta uma extensa solução de continuidade fagedénica que ocupa a glande, achando-se necrosado o sulco bálano-prepucial, que apenas está separado do resto do pénis por uma estreita faixa de tecidos que o processo mórbido ainda não atacou. O pénis tumefacto, com o dôbro do volume normal, apresenta uma consistência lenhosa que vai diminuído, bem como a tumefação, para a raiz dêste órgão. Emaciação e astenia considerável.

Integridade dos principais aparelhos.

Reacção de Wassermann, no sangue, fortemente positiva.

HISTORIA DA DOENÇA

Residindo desde há bastante tempo no Brazil, contraiu aí a sífilis, seguida de grande cortejo sintomático. Depois de bastantes anos sem manifestações, surgiu-lhe, vinte dias antes da nossa primeira observação, uma tumefacção na base da glande, que ulcerou imediatamente, revestindo a forma fagedénica. Fez duas aplicações de 914 e, nos intervalos, cianeto de mercúrio, mas, como notasse que a ulceração aumentava progressivamente, recolheu a um quarto particular do Hospital de Santo António.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Além dum cancro duro contraído há anos, nada mais digno de menção há a registar nos seus antecedentes. A esposa não teve abortos, nem nunca teve filhos.

HISTÓRIA FAMILIAR

Nada de notável.

DIAGNÓSTICO

Sífilis maligna.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Após a primeira injeção de *Trépol*, de três centímetros cúbicos, há, passadas seis horas, sensação de ardência e picadas no pénis, ligeiro movimento febril e esboça-se uma estomatite de pequena importância que o perborato de sódio acalmou, em pouco tempo.

Quatro dias depois, recebe a segunda injeção, na mesma dose que a anterior, que beneficiou o doente duma maneira considerável, não só no seu estado geral mas principalmente na lesão peniana.

À sexta injeção, as manifestações penianas cicatrizaram por completo, desaparecendo a consistência lenhosa e o aumento de volume. Mais duas injeções, o doente acha-se completamente restabelecido, obtendo-se, nesta altura, uma reacção de Wassermann, no sangue, absolutamente negativa.

As injeções foram distanciadas de quatro dias umas das outras, sendo as três primeiras de três centímetros cúbicos e as seis restantes de dois centímetros cúbicos e meio.

Durante o tratamento pelo *Trépol*, e com auxílio do termocautério, a glande caiu-lhe em poucos dias.

Fez ainda aplicações locais de eurofêna.

XII

(Da clínica civil do Ex.^{mo} Snr. Prof.
Dr. Luis Viegas).

R. C. L., 20 anos de idade, solteiro, estudante, natural de Gôa.

ESTADO ACTUAL

Astenia, inaptência, ligeira elevação de temperatura para a tarde, leves cefalalgias frontais de exacerbação nocturna, queda de cabelo, macropoliadenia inguinal dupla, com gânglios indolores. Na parte esquerda e superior do sulco bálano-prepucial, apresenta uma enorme ulceração de forma irregularmente elíptica, dura e ligeiramente deprimida, tendo os bordos quasi todos a prumo.

Aparelho circulatório: — Pulso tenso, pequeno,

rítmico e taquicárdico. Os ruídos cardíacos são normais.

Aparelho respiratório :— Normal.

Aparelho digestivo :— Normal.

Aparelho gênito-urinário :— Normal.

Sistema nervoso :— Normal.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Teve relações sexuais suspeitas e, passados vinte dias, aparece-lhe, no sulco bálano-prepucial, uma ulceração bastante grande, elíptica, pouco profunda, indolôr à palpação, e sem tendência para a cicatrização.

A falta de cuidados higiênicos originou a inflamação da mucosa da glândula e do prepúcio, dando lugar a que o pênis aumentasse muito de volume e se tornasse doloroso.

A sintomatologia diminuiu bastante com a desinfecção apropriada e aplicação da pomada de *Trépol*.

ANTECEDENTES PESSOAIS

No seu passado mórbido, há apenas a mencionar o impaludismo.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai e mãe falecidos bastante novos. Uma irmã falecida de tétano e um irmão saudável.

DIAGNÓSTICO

A lesão da glande, com o seu cortejo ganglionar característico, reunida à restante sintomatologia, impõe o diagnóstico de sífilis, confirmado pela positividade da reacção de Wassermann, no sangue.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Em seguida às duas primeiras injeções, não houve a mais pequena reacção do organismo. Mas outro tanto não sucedeu com a terceira injeção porque, no dia seguinte, o doente sentia dores pelo corpo, sensação de peso na cabeça, elevação térmica vespertina, mau gosto na bôca e uma poliúria com urinas escuras. Toda esta sintomatologia desapareceu ao fim de dois dias e o tratamento pôde ser continuado com regularidade, notando-se, em seguida à sexta injeção, sobre a gengiva inferior o listrado gengival, que se distinguia nítidamente e que se limi

tava apenas à porção superficial da gengiva, na parte correspondente aos quatro incisivos inferiores.

Depois da sétima injeção, aparece uma estomatite ulcerosa, localizada na gengiva inferior, para traz do último molar direito, havendo ligeira elevação de temperatura bem como dificuldade e dôr à mastigação. A porção da gengiva doente apresentava-se edemaciada, de côr levemente azulada, com pequenas ulcerações e coberta por um revestimento esbranquiçado.

O aparecimento da estomatite obrigou-nos a interromper a aplicação do tartrobismutato de potássio e sódio, sendo o doente aconselhado a fazer repetidas vezes a desinfecção da bôca com o soluto de perborato de sódio a 3 %. Êste tratamento foi reforçado pela aplicação duma camada de pó de *Trépol*, sôbre as placas de estomatite e a cura verificou-se no fim de quinze dias.

Não sei quantas injeções mais lhe foram aplicadas, porque não pude acompanhar durante mais tempo o seu tratamento.

CONCLUSÕES

O tartrobismutato de potássio e sódio é, na terapêutica anti-sifilítica, um cicatrizante de primeira ordem, provocando ainda a regressão das manifestações ganglionares.

É susceptível de provocar a esterilização da avariose não só no período primário, observação x, mas ainda em outros períodos como se confirmou em algumas das nossas observações.

É de efeitos surpreendentes nas formas mercúrio e arsénio-resistentes.

Até hoje, está confirmado pelas observações de variados autores, e pelas nossas, que êste medicamento

não dá acidentes de maior e é geralmente bem tolerado pelos doentes.

Este medicamento, em suspensão oleosa, é utilizado por via intramuscular, sendo absolutamente contra-indicada a intravenosa.

Segundo Milian, o poder terapêutico do tartro-bismutato de potássio e sódio é quasi tam grande como o dos arsenicais e muito superior ao do mercúrio, tendo uma vantagem considerável sobre estes medicamentos nos casos em que haja contra-indicação do seu emprêgo e muito principalmente nas manifestações arsénio e mercúrio-resistentes.

Com tam brilhantes resultados colhidos no alvorecer dêste novo preparado terapêutico, é de esperar que novas pesquisas laboratoriais e experimentais o venham a colocar num dos primeiros planos da luta antitreponémica.

VISTO
Ferreira Bastos.
Presidente.

PODE IMPRIMIR-SE
Lopes Martins.
Director interino.

BIBLIOGRAFIA

- ROBERT E SAUTON — Action du bismuth sur la spirillose des poules. — Ann. de l'Inst. Pasteur, 1916.
- SAZERAC E LEVADITI — Action de bismuth sur la syphilis et sur la Trypanosomiase du Nagana ; C. R. Acad. des Sciences, n.º 22. Séance du 30 Mai 1921, pág. 1391.
- PROF. BAYET — Le tartrobismutato de potassio et de sodium dans le traitement de la syphilis. Communication à l'Acad. de Médecine de Belgique le 18-6-21 — Bruxelles Médicale n.º 9 — 15 Juil. 1921, pág. 292.
- SAZERAC E LEVADITI — Traitement de la syphilis par la bismuth — C. R. Acad. des Sciences n.º 5 — Séance du 1.ºr Août 1921, pág. 338.
- FOURNIER E GUENOT — Traitement de la syphilis par le bismuth — C. R. Acad. des Sciences n.º 16 — Séance du 17 Oct. 1921, pág. 674.
- BERNARD, LEVADITI E SAZERAC — Le nouveau traitement de la syphilis par les sels de bismuth — Bruxelles Médical n.º 2, 15 Nov. 1921, pág. 32.

- TIXIER, HUDELO, MILIAN — Soc. Méd. des Hôp. de Paris —
Séance du 23-12-21.
- MILIAN — Mercúrio et bismuth — Bulletins et Mémoires de la
Société Médical des Hôpitaux de Paris, 17 Nov. 1921.
- MILIAN E PERIN — La stomatite bismuthique — Bulletins et Mé-
moires de Société Médical dos Hospitaux de Paris, 2 de
Fevereiro de 1922.
- ROBERT AZOULAY — Stomatite bismuthique — La Presse Médi-
cal, 15 de Fevereiro de 1922.
- M. CARLE — Le traitement de la syphilis par les sels de bis-
muth — La Presse Médical, 15 de Março de 1922.
- FOURNIER E GUENOT — Traitement de la syphilis par le sels de
bismuth — Bulletin de la Société Française de Dermatolo-
gia et de Syphiligraphie n.º 9 — 1921.
- MILIAN — Les sels de bismuth dans la thérapeutique antisyphili-
tique — Paris Médical, 4 de Março de 1922.