ADÉLIO CARVALHO DA SILVA

Um caso de sífilis hepática

(Serviço da 2.ª Clínica Médica)

ESCOLA PRIMARIA SUPERIOR
BIBLIOTECA
BARCELOS
7/16
B

JULHO DE 1924

BARCELOS
.97

Um caso de sífilis hepática

ESCOLA PRIMARIA SUPERIOR
BIBLIOTECA
BARCELOS

(SERVIÇO DA 2.ª CLÍNICA MÉDICA)

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA Á * * * *
FACULDADE DE MEDICINA
* * * * * * * DO PORTO

POR

Barcelliana

Adélio Carvalho da Silva

C. M.
BARCELOS
BIBLIOTECA
Nº 3503
Perm. Barcelliana

— JULHO DE 1924 —

Tip. F. Marinho — Barcelos

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães

SECRETÁRIO

Prof. Dr. Hernâni Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descritiva . .	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e Embriologia	Prof. Dr. Abel de Lima Salasar.
Fisiologia geral e especial	Vaga.
Farmacologia	Vaga.
Patologia geral. . . .	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica . .	Prof. Dr. António Joaquim de Souza Junior.
Bacteriologia e Parasitologia	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal	Prof. Dr. Manoel Lourenço Gomes.
Anatomia topográfica e medicina operatória .	Prof. Dr. Hernâni Bastos Monteiro.
Patologia cirúrgica . .	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clínica cirúrgica . . .	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia médica . . .	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clínica médica	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapêutica geral . . .	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clínica obstétrica . . .	Prof. Dr. Manoel Antonio de Morais Frias.
História da Medicina e Deontologia	Vaga.
Dermatologia e sifiligrafia	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria	Prof. Dr. Antonio de Sousa Magalhães e Lemos.
Pediatria.	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.

PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias
Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

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

A' memoria de

MEU PAI

A minha Mãe

A minha Avó

A meus Irmãos

A minha Cunhada

A meus Pios

A meus padrinhos

A' memoria de meu sobrinho Fernandinho

A' minha afilhada Judith

Ao meu afilhado de Prestar

Aos meus Condiscípulos

Aos meus Contemporaneos

A' Faculdade de Medicina do Porto

Ao meu Ilustre Presidente de Tese

Ex.mo Snr.

Prof. Tiago de Almeida

Homenagem do discipulo reconhecido.

Aos 4.ºs Prof.ºs da E. P. de

Barcelos —

Seneca, com um grande

abraço

o mt.º amigo

Barcelos,
Julho, de 1924.

Adélio Lacerda da Silva

ESCOLA PRIMARIA SUPERIOR
BIBLIOTECA

«La syphilis va partout. Tout le corps est son domaine. Il n'est pas un système organique, il n'est pas un coin et un recoin de l'economie dont elle ne puisse prendre possession. Il n'est pas un tissu qui échappe á ses atteintes.»

FOURNIER

«O estudo da sífilis hepática oferece um grande interêsse pela frequência de localisação das lesões sifilíticas no fígado, pela dificuldade que reveste por vezes o diagnóstico, e pelas curas ou melhoras notaveis que se podem obter com o tratamento específico, quando instituido a tempo.»

PROF. HERNANI MONTEIRO

Porto, Julho de 1924

Sobejam os trabalhos e as teses escritas sôbre o assunto desta minha dissertação.

Na nossa Faculdade várias, tratando o mesmo capítulo da Patologia, se apresentaram já; e a elas, como se vê pela bibliografia, recorri. Mas em medicina não há assuntos esgotados; mesmo adentro daqueles que mais teem sido versados, um estudo cuidadoso nos revela ou pode revelar particularidades que merecem registo e nos prendem a atenção. E êste facto, que passa quasi como um axioma em sciência médica, atesta a sua profundidade e as dificuldades que envolvem essa sciência.

Não quero, porém, com isto dizer que, ao tratar dum caso de sífilis hepática, êste venha trazer qualquer esclarecimento a mais sôbre o que se tem escrito acêrca dêste assunto; todavia, como se verá nas considerações que terei ocasião de bordar, êle apresenta alguma coisa que o individualisa, o seu quid *característico, e tanto assim, que o snr. Prof. Tiago de Almeida o achou digno de ser tratado nesta minha despretenciosa dissertação. O que me falta são os recursos para corresponder, ainda que de leve, ao fim com que o snr. Prof. Tiago de Almeida m'o indicou; êle*

quiz, apresentando-me êste estudo, ensinar-me, fazer-me ver mais uma vez, que o exame dum doente é sempre fonte de novos conhecimentos.

Fiz, porém, o que pude e estava ao meu alcance.

Por isto e por tudo o mais que lhe devo, aqui confesso a minha profunda gratidão.

Mais alguem há que eu quero e devo lembrar tambem neste logar; é o snr. Prof. Alberto de Aguiar que distintamente me recebeu e me forneceu, com a maior das amabilidades, as análises indispensaveis.

A Sua Ex.ª o meu reconhecimento mais sincero.

Observação da doente

« . . . o hospital é a melhor escola e o doente o melhor livro, com tanto que o médico saiba frequentar aquela escola e ler por este livro. . . »

PROF. TIAGO DE ALMEIDA.

Estado actual

Henriqueta R., de 39 anos, solteira, natural de Moimenta da Beira. Internou-se na Sala Espírito Santo, de Clínica Médica, em 10 de Setembro de 1923. E apresentava, então, os seguintes grupos de sinais:

Sintomas gerais: Aspecto terroso da pele. Emagrecimento acentuado e astenia profunda. Uma forte micropoliadenia nas regiões habituais (inguinal, axilar, cervical e sub-maxilar).

A' esquerda do manúbrio, na parte superior do torax, notavam-se pulsações nítidas e um tanto difusas. Havia, ainda, ligeira rede venosa toráxica. Abdomen e membros inferiores eram edemaciados; edemas que logo depois, com o descanço, desapareceram. A doente fazia hípertermia dum caminhar bastante irregular.

Semanas depois da sua entrada no Hospital, a seis de Outubro de 1923, a doente pesava k. 40.600.

Sintomas nesrvosos: Cefaleias parieto-frontais e bastante intensas.

Estas algias, frequentes e maiores quasi sempre do lado de tarde, exacerbavam-se, por vezes, do lado de manhã, e isso sempre que a minha doente mal passasse a noite.

Exagêro, não muito acentuado, dos reflexos aqui-

lianos e rotulianos. Esboçava-se, com nitidez, o sinal de Romberg.

Sintomas cardio-vasculares: Pulso pequeno, taquicárdico (88) e rítmico. As tensões, dadas ao Pachon, eram: para a radial direita TM=12,5, Tm=6,5; para a radial esquerda TM=12, Tm=8. Embora síncronos, os pulsos eram duma amplitude ligeiramente desigual, maior á direita. Esta diferença, que a palpação já fazia suspeitar, revela-se tambem nos gráficos juntos.

As curvas esfigmográficas, como se vê, apresentam uma rapidez da linha ascendente e ondulações da linha de descida.

O choque da ponta fazia-se no quarto espaço intercostal. Os ruidos cardíacos eram ensurdecidos. No foco aórtico o primeiro ruido estava levemente soprado e o segundo era vibrante.

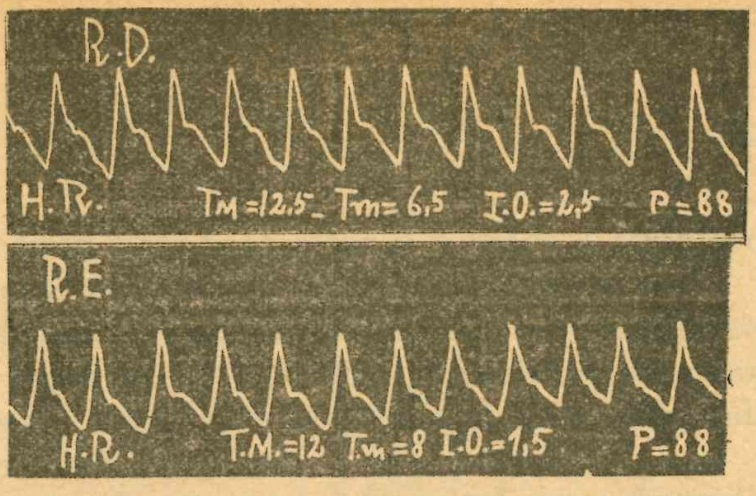
Determinei a área cardíaca, de que junto o decalque, seguindo, para a avaliação do tamanho das cavidades, o método do Dr. Carlos Prazeres.

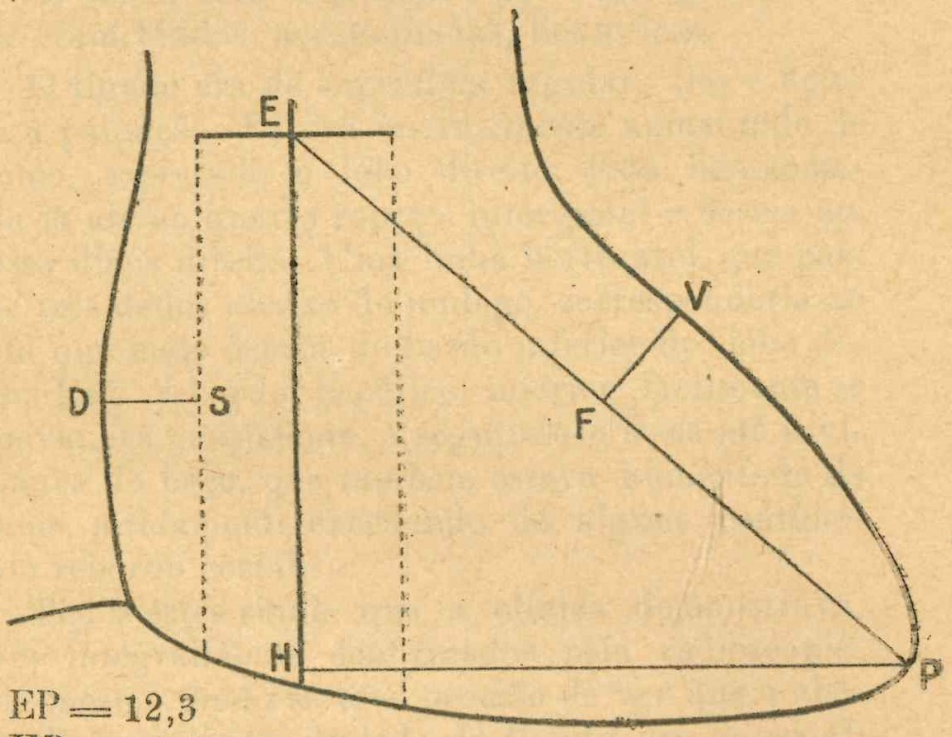
Na parte superior e média do torax, a percussão revelava uma macissez maior que normalmente.

Sintomas pulmonares: Tosse, com ligeira expectoração. Pelos esquemas que vão juntos, vê-se que há sinais pulmonares bilaterais generalisados— adeante e atraz, e de cima abaixo.

Sintomas digestivos: Anorexia. Língua saburrosa.

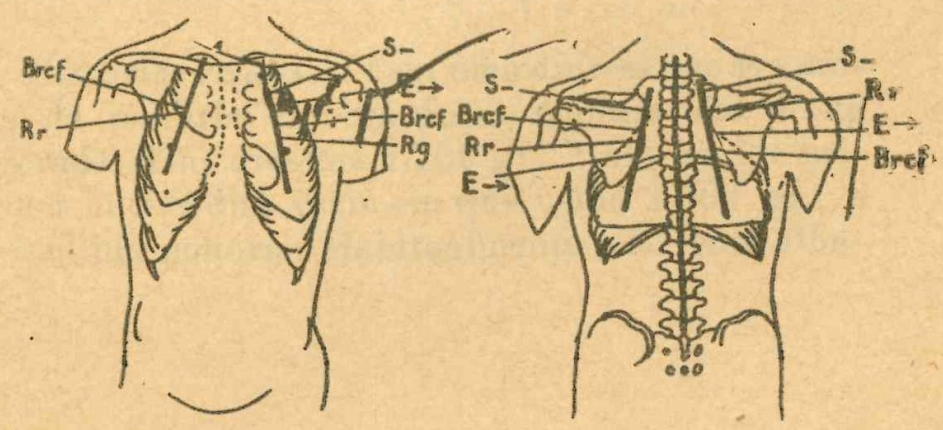
Sentia a doente dores no hipocôndrio direito e que, por vezes, se repercutiam para o dorso, sempre com menor intensidade para o lado esquerdo. As do-

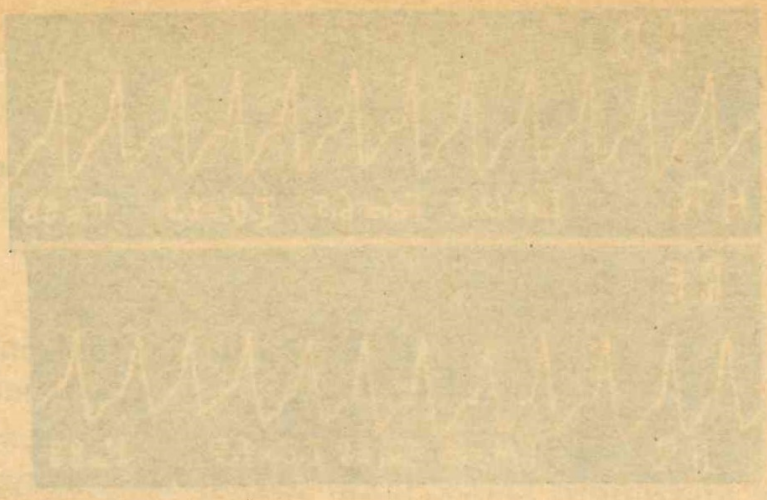


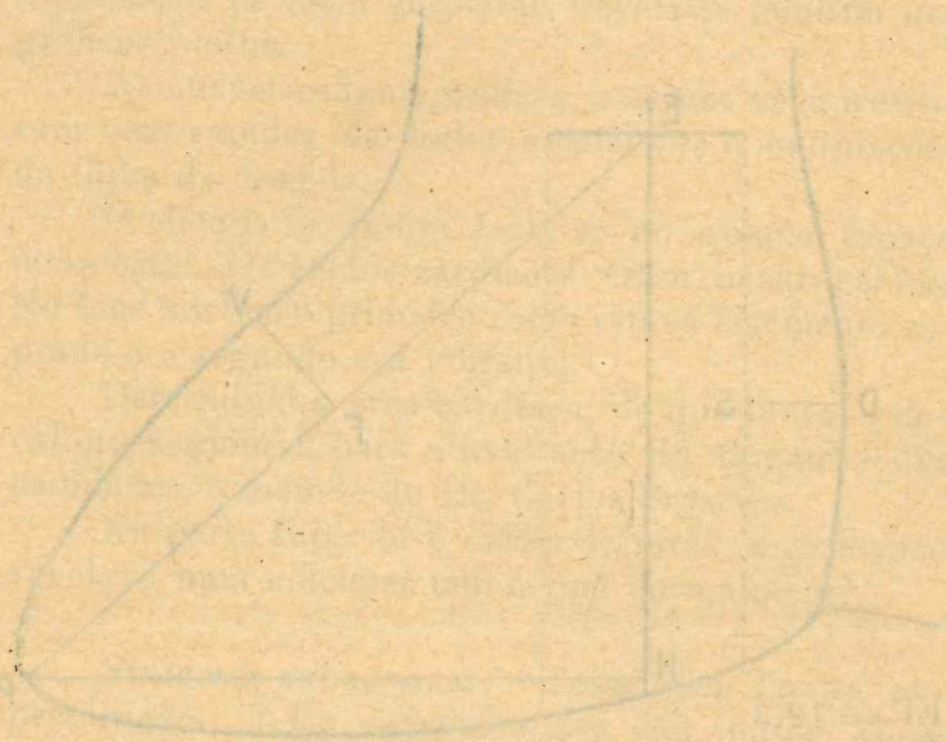


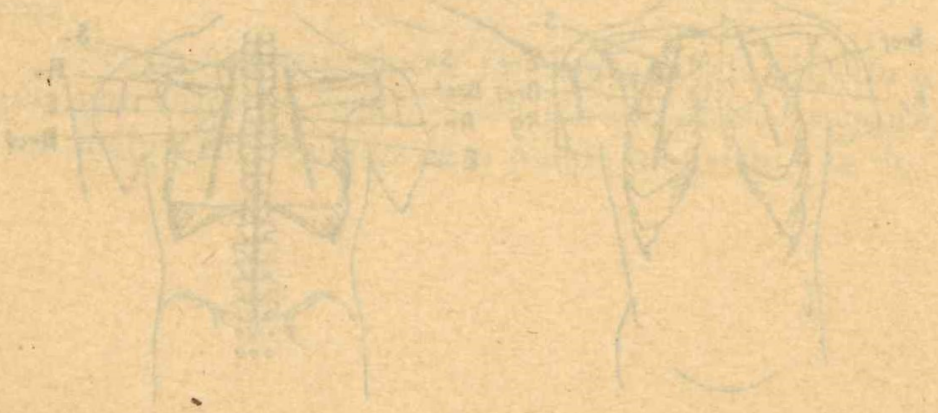
EP = 12,3
HP = 9,4
FV = 1,8
DS = 1,5

Decalque da macissez precordial









res apareciam mais para a tarde e donde a onde prolongavam-se pela noite, durante algumas horas.

Abdomen um pouco proeminente e com rede venosa um tanto acentuada. E' ligeiramente timpanisado, mesmo nos pontos mais baixos, mas sobretudo na região infra-umbilical.

Entrou a doente para o Hospital com diarreia, fazendo duas, três dejecções e por vezes quatro. As fezes eram fétidas, acastanhadas, lientéricas.

O fígado era de superfície regular, liso e doloroso á palpação. Estava enormemente aumentado de volume, sobretudo o lóbo direito. Esta hepatomegalia ia até ao quarto espaço intercostal e descia até á fossa ilíaca direita. Uma linha horizontal que passasse três dedos abaixo do umbigo, corresponderia ao ponto que mais descia do bordo inferior do lobo direito. Este rebordo hepático inferior facilmente se palpava; era consistente, e seguindo-o ia-se até á visinhança do baço, que tambem estava aumentado de volume, nitidamente excedendo de alguns centímetros o rebordo costal.

Todos êstes sinais que a clínica demonstrava, foram integralmente confirmados pela radioscopia. Dêste mesmo modo se teve ocasião de ver que a abóbada diafragmática, do lado do fígado, era anormal: subida e com uma figura de semi-esfera. O seio diafragmático dêste mesmo lado, mandando a doente respirar fundo, deslocava-se pouco.

Sintomas renais: Tem uma diurese que se aproxima da poliúria, embora duma poliúria não muito exagerada. Uns dias faz 1.200 gr., 1.500 gr. de urina, mas outros dias veem em que urina 2.000 gr., o que é nítida poliúria. Habitualmente não tem albu-

minúria, mas um dia ou outro aparece em que faz pequenas quantidades, que andam á roda do meio grama.

Os pontos renais eram indolores.

História da doença

A doente vivia no Rio de Janeiro. E foi aqui, há talvez cinco anos, que se iniciou todo o seu sofrimento. E iniciou-se, confessava a doente, por um «resfriado», que apanhára. Robusta que era, dela o enfraquecimento a pouco e pouco se foi apoderando. Começou a ter tosse, que muito a apoquentava. Emissões sanguíneas pela boca algumas vezes teve. Um sofrimento de garganta a impedia de falar. Dormia mal, e pouco era então o seu apetite. Embora quasi sempre andando a pé, assim doente viveu quatro mêses no Brasil, neste período tendo tido ainda «as febres».

Vendo-se assim doente, regressa a Portugal. Foi viver para Miragaia. E aqui o seu mal mais se foi agravando. Começou a sofrer de diarreia, numerosas sendo as suas dejecções. A menor ingestão de alimentos as provocava. Água que bebesse, ainda que em pequena quantidade, era o bastante para logo se fazerem sentir efeitos diarreicos. As fezes eram espumosas, amarelo-esverdeadas, lientéricas e tinha tenesmo. Vomitava e sentia dôres pelo corpo. Mêses depois, e persistindo toda aquela sintomatologia ainda, começou a ter fortes dôres abdominais, sobretudo na fossa ilíaca direita, e com irradiação para a articulação sacro-ilíaca do mesmo lado. Estas dôres permaneciam meia hora a uma hora e surgiam após

excessos alimentares. Provocavam-lhe uma sensação de constrição faríngea e vómitos esverdeados.

Resolve-se então a doente, nesta altura, a fazer uma cura no Gerez. Ao terceiro dia de tratamento nesta estação termal apareceram-lhe, e pela primeira vez, edemas que se localisaram em toda a extensão dos membros inferiores e abdomen. E por tal motivo, foi obrigada a suspender o tratamento. Mas depressa lhe desapareceram êsses edemas, logo após o uso dum remédio que um clínico prescrevera. Voltou, depois, ao tratamento termal. Com êle desapareceram as cólicas que a doente vinha fazendo de há mêses, persistindo, no entanto, a diarreia e umas ligeiras dôres na fossa ilíaca direita.

Voltando à sua casa, outra vez lhe vieram os edemas e dois grandes abcessos (ganglionares?) no pescoço, que curaram após três semanas de supuração.

E neste estado de abatimento, com anorexia, dôres pelo corpo, diarreia (oito dejecções em média por dia) e edemaciada —assim entrou no Hospital a 10/IX com a sintomatologia que mais completamente descrevo no estado actual.

Antecedentes pessoais

Teve a varíola em creança. Cefaleias. Queda de cabelo. Não refere nada que faça suspeitar aquisição venérea. Não teve filhos nem abortos. De há três anos amenorreica, e de há cinco portadora de sofrimentos cuja história atraz fizemos.

Antecedentes hereditários

Sua mãe, de sessenta e tantos anos, foi sempre

saùdavel. Sofre ultimamente do estómago, mal suportando os líquidos, que pouco tempo depois da ingestão os vomita.

Seu pai saudavel.

Tem quatro irmãos a quem nunca conheceu doença alguma.

Exames laboratoriais

URINA — Análise quantitativa completa

1.º caracteres gerais

Volume de urina de 24 horas			1900 c c
Côr	tom (normal ou anormal)		Normal
	intensidade (segundo a escala cromática de Vogel)		Amarelo pálida
Aspecto .	Transp.	Consistência . . .	Fluida (espumosa)
Depósito .	Quasi nulo	Reacção (tornasol)	Levemente alcalina
Cheiro . .	Normal	Densidade a 15° .	1,0069

2.º comparação entre a urina normal e a analizada

	ELEMENTOS	URINA NORMAL (MEDIA) (Para um coeficiente urologico=67		URINA ANALISADA	
		Por litro	Por 24 horas	Por litro	Por 24 horas
Caracteres gerais	Volume de 24 horas	1.540 c.³		1900 c c	
	Côr	Amarela citrina		Amarelo palida	
	Aspecto	Transparente		Transparente	
	Deposito	Muito leve e flocoso		Quasi nulo	
	Cheiro	Sui generis		Normal	
	Consistencia	Fluida		Fluida (espumosa)	
	Reacção	Acida		Levemente alcalina	
	Densidade a 15º	1,018 a 1,021		1,0069	
Componentes urinarios normais	Elementos organicos	29,749 gr.	45,813 gr.	8,550 gr.	16,245 gr.
	Elementos minerais	16,126 »	24,834 »	3,820 »	7,258 »
	Total das materias dissolvidas	45,875 »	70,647 »	12,370 »	23,503 »
	Acidez total (expressa em P^2O^5)	1,191 »	1,834 »	0,571 »	1,085 »
	Ureia	20,952 »	32,266 »	4,346 »	8,257 »
	Acido urico	0,608 »	0,936 »	0,101 »	0,192 »
	Acido fosforico (em P^2O^5)	1,652 »	2,544 »	0,100 »	0,190 »
	Cloretos (em NaCl)	9,964 »	15,344 »	2,866 »	5,445 »
	Urobilina	0,100 —	0,154 —	0,050 —	0,095 —
	Acido sulfurico (em SO^3) mineral	1,767 gr.	2,721 gr.	0,334 gr.	0,634 gr.
	Acido sulfurico (em SO^3) dos sulfo-conjugados	0,147 »	0,226 »	0,019 »	0,036 »
	Enxofre neutro (em SO^3)	0,395 »	0,609 »	0,085 »	0,161 »
Componentes urinarios anormais	Albumina ou albuminoides	Nula		0,263 »	0,500 »
	Glucose	Nula		Nula	
	Pigmentos biliares	Nulos		Nulos	
	Acidos biliares	Nulos		Nulos	
	Indican	Levissimos vestigios		Pequena porção	

3.º relações urologicas %

ANALISE GERAL I, II

			Urina an.	Normal
I	Urica	$\left(\frac{\text{Acido urico}}{\text{Ureia}}\right)$ =	2,3	2,9
	Ureica	$\left(\frac{\text{Ureia}}{\text{Residuo organico}}\right)$ =	51,1	70,4
II	Desmineralisação	$\left(\frac{\text{Elementos minerais}}{\text{Elementos totais}}\right)$ =	31,5	35,1
	Fosfo-ureica	$\left(\frac{\text{Acido fosforico}}{\text{Ureia}}\right)$ =	2,3	7,8
III	Sulfo-ureica	$\left(\frac{\text{Enxofre acido}}{\text{Ureia}}\right)$ =	8,2	9,1
	Fosfo sulfurica	$\left(\frac{\text{Acido fosforico}}{\text{Enxofre acido}}\right)$ =	28,6	86,3

COMPLETA III, TOTAL IV

			Urina an.	Normal
III	Sulfo-conjugação	$\left(\frac{\text{Enxofre sulfo-conj.}}{\text{Enxofre acido}}\right)$ =	5,4	7,7
	Sulfurica	$\left(\frac{\text{Enxofre neutro}}{\text{Enxofre total}}\right)$ =	19,7	18,0
IV	Azoturica	$\left(\frac{\text{Azoto ureia}}{\text{Azoto total}}\right)$ =		85,0
	Ureiogenea . . .	$\left(\frac{\text{Azoto animado}}{\text{Azoto ureia}}\right)$ =		4,4
	Urico-acida . , .	$\left(\frac{\text{Acido urico}}{\text{Acidez total}}\right)$ =		51,1
	Terroso mineral.	$\left(\frac{\text{Bases terrosas}}{\text{Elementos minerais}}\right)$ =		4,3

4.º exame microscopico

Raras celulas das vias urinarias, raros leucocitos, alguns cristais de fosfato amoniaco magnesiano, numerosos feixes sedosos de uratos alcalinos.

Coeficiente ureio-secretoria

K = 0,034 (normal 0,07 - 0,11)

Exames das fezes

Caracteres gerais—fezes semi-fluidas, amarelo acastanhadas, reacção neutra.

Exame microscopico e parasitologico—Detritos alimentares variados, cristais de fosfato amoniaco magnesiano. Auzencia de parasitas ou seus ovos, tanto ao metodo directo como ao de enriquecimento.

Prova de gordura—Levemente positiva.

Provas de coloração e hidrocarbonados—Normais.

Prova de fermentacão—Positiva com reação acida.

Reacção de Wassermann

RESULTADOS (impedimentos hemoliticos)

A) Soro inactivo—Completos

B) Soro natural—Idem

Conclusão—Reacção de Wassermann muito fortemente positiva.

Exame hematologico

I DOSAGEM DE HEMOGLOBINA E GLOBULOS

Hemoglobina	35 %
Valor globular	0,38
Numero de globulos rubros por mm 3 . . .	3.760.000
» » » brancos » » . . .	5.700
Relação » » » rubros . . .	1|649

II CITOLOGIA GERAL E PARASITOLOGIA

Auzencia de alterações hematicas, bem como de formas parasitarias.

III FORMULA LEUCOCITARIA

	por %	por mm3
Polinucleares neutrofilos	76,5	4360
» eosinofilos	3,8	217
» basafilos	—	—
Mononucleares grandes	0,2	11
» medios	7,0	399
» linfocitos	12,5	713
	100,0	5700

Diagnóstico

Como vimos, rica era a sintomatologia que a doente apresentava. Recordando-a, logo se é obrigado a constatar anomalias em diversos pontos do seu organismo.

Assim:

A doente fazia uma esclerose da aorta e das suas válvulas sigmoideias, com certo grau de ectasia. E estas alterações eram diagnosticaveis pelo ligeiro sôpro sistólico do foco aórtico, pela aspereza do segundo ruido aórtico, pelo que de anormal apresentava o esfigmograma (rapidez da sístole, diferenças de amplitude, ondulações da linha de descida) e ainda pela diferença de tensões. Somente as tensões sanguíneas da minha doente eram baixas quando, em regra, as escleroses aórticas fazem-se acompanhar do aumento de tensões arteriais.

Mas esta como que anomalia facil é explica-la no presente caso. Explicam-na, de sobejo, as perturbações residentes noutros orgãos, que não o sistema cardio-vascular. Dentre todas as perturbações que mais podem baixar as tensões figuram, em primeiro plano, as perturbações digestivas, que tão acentuadas são na minha doente. A êste estado hipotensivo não deve ainda ser extranho, no caso presente, um certo ataque das cápsulas suprarenais.

A doente fazia, pois, uma esclerose aórtica.

Lembrei-me que uma ectasia aórtica ela viesse suportando. E alguns motivos tinha para tal suspeita. A inspecção toráxica deixava facilmente descobrir pulsações na parte superior, á esquerda do manúbrio. Os pulsos, embora síncronos, eram de desigual amplitude. Ao determinar a área cardíaca, com precisão se notava, na parte correspondente á aorta, uma mais extensa macissez que normalmente.

Todos êstes factos me obrigaram a pensar numa ectasia da aorta. Submeti, por isso, a doente a um exame radioscópico. E por êle se pôde observar, então, que ao nivel da projecção da sombra mediana havia opacidades hilares e ainda ao longo do pulmão direito. A aorta não se via; neste sombreado mediano ela se ocultava.

Houve ocasião de ver, tambem, que os movimentos respiratórios se faziam com certa dificuldade. Aquela macissez que a percursão revelava pode explicar-se, então, por aquelas lesões hilares e pulmonares. Mas se a radioscopia não confirmava a ectasia da aorta, os sinais clínicos bastam para impor, com segurança, este diagnóstico.

O sistema nervoso da doente estava tocado. Isso

o prova o esboço do sinal de Romberg e ainda as perturbações reflexas atraz apontadas.

Os sinais toráxicos, não definindo uma doença mostram, no entanto, que há uma insuficiência respiratória, com condensação do tecido pulmonar.

Mas de toda a sintomatologia que a doente apresentava, as perturbações digestivas constituem, sem dúvida, a parte mais importante.

Pela historia da doença, e ainda pelo estado actual, vê-se que o padecimento das vias digestivas atravessou duas fases: uma diarreica, outra dolorosa. Na primeira, havia dejecções expontâneas e provocadas pela menor ingestão de alimentos, as fezes eram fétidas e expulsas sem dores; na segunda, as dejecções acompanhavam-se de dores, intensificadas na fossa ilíaca direita e irradiando depois para o flanco do mesmo lado.

Poder-se-ia dizer, á primeira vista, que a doente era portadora duma enterite. Mas não. A evolução, a fase em que apareceram as perturbações diarreicas, e ainda o estado local do seu fígado, logo desvia tal hipótese. O fígado é que devia ser o responsavel máximo de todo êste mal intestinal. Assim o demonstrava tambem, e logo, o rítmo da sua diurese, que nem as perturbações digestivas, nem o coração ou os rins da doente poderiam explicar. As presentes alterações do rítmo da diurese traduziam, sem duvida, uma esclerose hepatica.

Só pelo exame clínico se poderia afirmar que o fígado da minha doente forçosamente se tinha desviado, e bastante, do seu viver normal, tam precisos e sintomáticos eram os sinais que facilmente se desco-

briam: fígado muito volumoso, duro, doloroso e de superfície regular.

A êstes sinais, vinha logo juntar-se aquele outro tambem importante, como seja a poliúria intermitente da doente.

E clinicamente, mais longe não poderiam ir as considerações a proposito desta tam importante glândula da nossa economia. Natural era que recorresse, como se fez, ao laboratório. Êste melhor nos elucidaria da grandeza e das particularidades das alterações hepáticas.

Pela leitura dos exames analíticos, que vão juntos, várias funções hepáticas estão perturbadas.

Função biliar: Há aqui, na doente, uma insuficiência biliar traduzida por muitos factos. Fiz notar, noutro logar, o aspecto das fazes da doente, que se deve atribuir a um excesso de gordura. E êste, podendo por vezes acusar um mau funcionamento do pâncreas, pode tambem resultar dum desiquilíbrio funcional hepático. E é esta última opinião a aceitavel no caso presente. E' que se o pâncreas, na verdade, tem uma preponderante influência nas transformações digestivas dos hidratos de carbono e gorduras, aqui as transformações dos hidratos de carbono são normais.

As fermentações intestinais são positivas; e isto não admira, dado o poder antiseptico da bilis.

E' aumentada a percentagem da urobilina. Tem grande valor êste facto, pois embora variem as teorias sôbre a formação hepática ou extra-hepática da urobilina, concordantes são as opiniões dos tratadistas que consideram o aparecimento de urobilina nas urinas quando o fígado está doente. O Prof. Alberto

de Aguiar, a propósito, diz que «a urobilina é o pigmento do fígado doente.»

Função proteopéxica: Avaliou-se o estado da função proteopéxica na minha doente pela pesquiza da chamada crise hemoclásica. Ela manifesta-se por vários carateres, de que logo mais, noutro capitulo, falarei.

Êsses sinais da crise hemoclásica procuraram-se na minha doente. Embora não baixassem as tensões, que já eram baixas, a maneira como se portou o elemento fundamental da crise hemoclásica nos bastará para afirmar que a presente prova foi positiva.

Prova da hemoclasia digestiva

(Widal, Abrami e Iancovesco)

Antes da ingestão do leite (jejum desde a vespera)	TM=11,5 Tm= 7	(ao Wagner)-Leucócitos 10.500
20 m. depois da ingestão do leite	TM=12 Tm= 7	(idem) —Leucócitos 7.500
40 m. depois da ingestão do leite	TM=12 Tm= 7	(idem) —Leucócitos 10.900

CONCLUSÃO: Prova da hemoclasia digestiva **positiva.**

Mas não é só o resultado positivo da crise hemoclásica que no presente caso nos vem mostrar que a função proteopéxica do fígado está alterada.

Outros elementos temos ainda, que não podemos desprezar. E são:

A albuminúria, que deve depender do fígado e não do rim, que não está lesado ou, pelo menos, não

há sinais que claramente mostrem que esta glândula é doente.

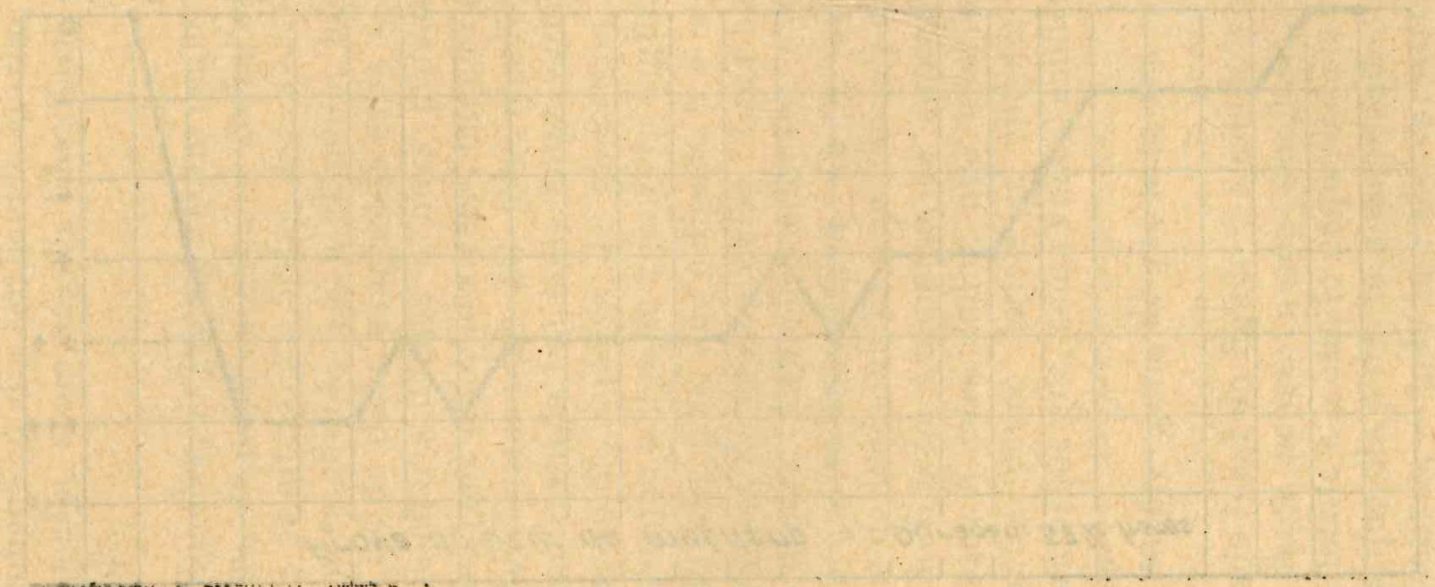
A baixa de ureia deve-se tambem atribuir ao fígado e não ao rim; pois não há retensão de ureia, mas antes insuficiencia de produção, como o prova não estar aumentada a percentagem da ureia no sangue.

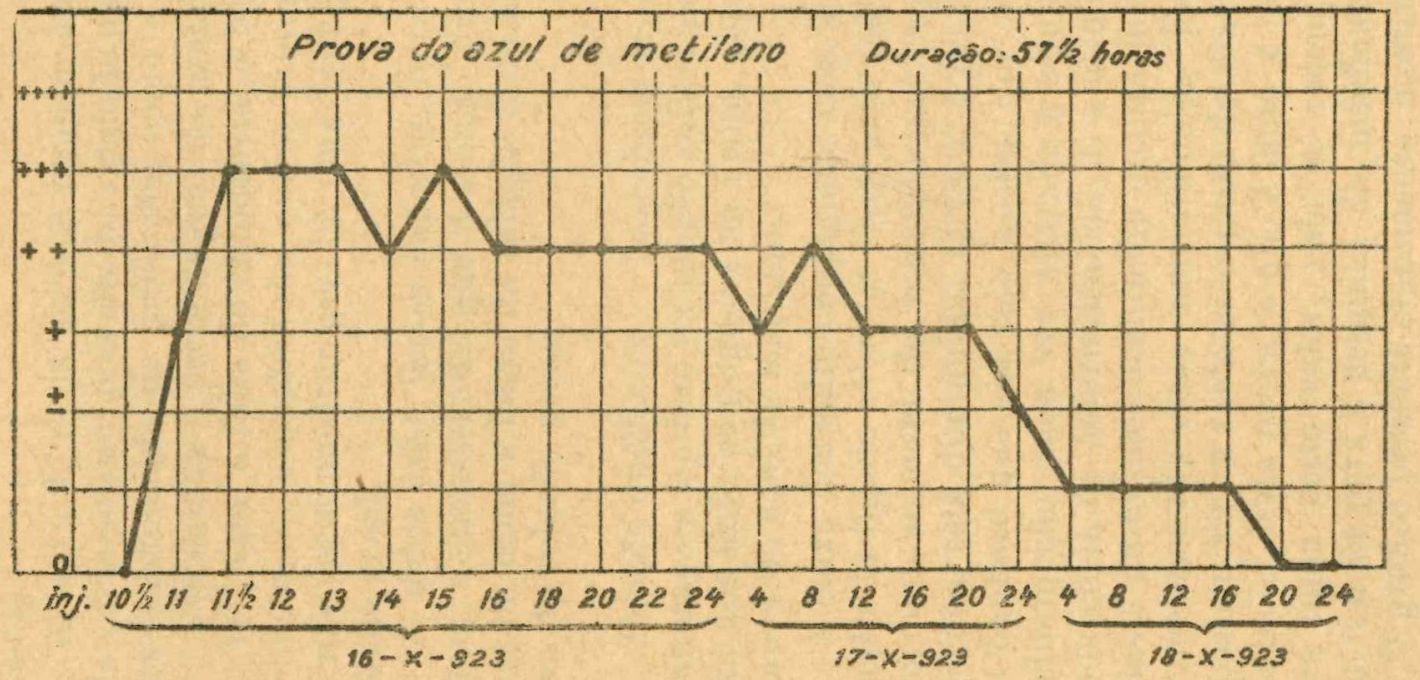
De resto, a falta de cilindrúria, a baixa do coeficiente ureio-secretório são outros tantos elementos que nos veem mostrar que há uma regular permeabilidade renal.

A todos êstes factos expostos, outros ainda se juntam, demonstrando que a função proteopéxica é alterada, como a baixa da relação fosfo-sulfúrica e a baixa da relação ureica.

Função antitóxica: Descobrem-se, no meu caso, alterações tambem da função antitóxica, quer pela baixa dos sulfo-conjugados na urina, quer ainda pela prova do azul de metileno.

A baixa dos sulfo-conjugados vem nos dizer que a acção do fígado sôbre os elementos sulfurados que se formam ao nivel do intestino por excesso de putrefacção, está diminuida. Quanto á prova do azul, foi Chauffard que nos veio mostar que a sua curva de eliminação, uma vez alterada a célula hepática, é toda cheia de intermitências. E a insuficiência hepática é tanto mais acentuada quanto mais precoces e numerosas são essas intermitências. Embora vários possam ser os factores capazes de contrariarem os resultados desta prova, o que é facto é que ela conserva ainda certo valor, nela se reconhecendo um meio a mais para a pesquiza da insuficiência hepática. O gráfico presente claramente mostra que a eliminação do azul de metíleno, na minha doente, se




Prova do azul de metileno
Duração: 57½ horas
++++
+++
+ +
+
±
–
0
inj. 10½ 11 11½ 12 13 14 15 16 18 20 22 24 4 8 12 16 20 24 4 8 12 16 20 24
16-X-923
17-X-923
18-X-923

ESCOLA PRIMARIA SUPERIOR
BIBLIOTECA
D. I. DE CELOS

fez intermitentemente, e longa sendo a sua curva. Êste alongamento podia ser devido ao rim; as intermitências, porém, como nos diz Chauffard, são devidas ao fígado.

Estas funções, a que até agora venho aludindo, não resumem, de modo algum, o trabalho total do fígado. Mas as alterações nelas descobertas devem-nos bastar para afirmar que a glândula hepática era insuficiente. E de resto, exagerada seria a pretensão de querer sujeitar a doente a mais provas, a tantas quantas modernos trabalhos veem citando a proposito do fígado. Mesmo que tal fôsse possivel, a falta de tempo contrariaria um mais longo estudo. Tentou-se fazer, ainda, a prova da glicosúria, mas sem resultado, porque a doente vomitava a glicose.

Não duvido, pois, que o fígado é o orgão doente por excelência no presente caso Uma hepatite devia fazer a doente. Assim o justificava o estado depressivo em que se encontrava, as perturbações digestivas que de longe vinha suportando e ainda o estado local do fígado: volumoso, de superfície regular e doloroso. A êstes dados, que uma observação clínica oferecia, pouco depois se vinham juntar os dados laboratoriais que, como vimos, confirmam a lesão hepática.

Resta saber, agora, de que natureza era essa hepatite.

O estado local do fígado e o estado geral da doente podia fazer pensar numa neoplasia. O aspecto terroso da doente e o estado caquético em que se encontrava, e que dia a dia ia aumentando, as perturbações digestivas, — tudo isto são carateres que bem recordam o quadro duma neoplasia. A favor duma

neoplasia estava ainda o resultado do índice antitrípsico, que era elevado (95), e o exame do sangue, tradutor duma acentuada anemia.

Apezar dêstes dados, frequentes numa carcinose, cêdo foi posta de parte uma tam maligna doença. Em geral, o cancro do fígado anuncia-se por perturbações digestivas, o que aqui não sucedeu. Demais, êste mal não permitiria uma tam longa evolução; em poucos mêses, e não em anos, mataria a doente.

O baço era hipertrofiado; ora todos os autores concordam que o cancro não hipertrofia o baço. Êste não aumento do volume do baço, aponta-o Collet coma permitindo distinguir o cancro da maior parte dos cirroses. Fica o índice antitrípsico, por assim dizer, a contrariar esta rejeição.

E' verdade que o aumento do índice antitrípsico é sempre maior nos casos de cancro do que em qualquer outra doença. Mas só por si, êle não basta para diagnosticar um tumor maligno. Sabemos que o índice traduz sempre um estado caquético, independentemente da sua origem. E muitas outras doenças podem determinar uma caquexia, podendo apresentar, por tal modo, um índice elevado.

Depois de se ter iniciado o mal, e ainda vivendo no Brazil, confessava a doente ter tido «as febres.» Não sei se esta referência, um tanto vaga, será suficiente para julgar a doente vítima do paludismo. Mas que fôsse, não era talvez um ataque ligeiro, pois a doente depressa melhorou, que determinaria a presente cirrose hepática; um possivel ataque de paludismo poderia neste caso, quando muito, agravar um mal preexistente.

Não posso, tambem, formular a ideia duma cir-

rose etílica, pois a doente não me confessou o menor hábito alcoólico.

Não havia, ainda, excessos alimentares nem infecções anteriores que justificassem uma tam intensa cirrose.

E a tuberculose? Sabe-se que por diferentes modos o fígado se pode tuberculisar, tal infecção podendo realisar, mais ou menos, todas as formas anatomicas de cirrose. Mas esta hipótese ainda tem menos razão de ser que as anteriores. E' que a evolução duma tuberculose é rapida; e aparece, quasi unicamente, nos tuberculosos avançados. Ora aqui não era possivel descobrir elementos que a tal hipótese nos podesse encaminhar.

Pensar na existência dum quisto hidático, tambem não. Êle evolue em geral sem dor e sem febre. E quando aparece, percebe-se ás vezes, á percursão, o frémito hidático. Ora na minha doente não havia sinais que fizessem lembrar tal doença, pois nem existia acentuada eosinofilia, como se vê do exame do sangue, sinal êste que embora não constante é de grande valor diagnóstico, nem a forma do fígado revelada pela radioscopia tal fazia suspeitar, nem ainda as frequentes crises de urticária eram acusadas pela doente.

De muitas afecções capazes de se localisarem no fígado, aqui poderiamos fazer menção, mas inutilmente, pois que a presente sintomatologia por nada aceitaria.

Devemos etiquetar de sifilítica a presente hepatite.

Vários factos, que já vou apontar, a essa origem nos conduzem. Como se vê, facil me foi colher na doente uma grande multiplicidade de sintomas. Esta

circunstância bem se casa com a possibilidade duma causa luética.

As cefaleias, uma certa hiperreflectividade nervosa e a nitidez com que se mostrava o sinal de Romberg são preciosos sintomas para diagnóstico duma sífilis. A par dêstes, outros sinais, e de grande valor, se podem ainda registar. Quero-me referir á micropoliadenia nas regiões habituais e á esclerose aórtica. Não é para desprezar, tambem, a referência que me fazia a doente da queda do cabelo, sintoma muito frequente nos sifilíticos.

A êstes sinais, que um exame clínico facilmente descobriu, vem-se juntar o resultado da R. Wa. que aqui foi muito fortemente positiva. Êste é um facto de grande valor, e que vem dar razão ao diagnóstico que a clínica podia oferecer. E' certo que uma R. Wa. positiva não basta para afirmar que a lesão do fígado da minha doente era de origem sifilítica. Pois ela podia ser sifilítica e a afecção do fígado ser devida a qualquer outra causa. Mas outras causas não nos permite formular a sintomatologia presente. Se não podemos afirmar que o mal da doente é de natureza sifilítica, com muito menos ou nenhuma razão poderemos admitir o contrario. Só a autópsia, que não foi possivel fazer, ou em alguns casos um tratamento específico suficientemente activo e suficientemente prolongado, que o estado da doente não aceitava, poderia provar a natureza sifilítica das afecções da doente. Mas recordando aquela sintomatologia há pouco apontada, nada custa aceitar, antes se impõe, a etiologia sifilítica.

E' verdade que nem sempre é facil diagnosticar uma sífilis. E' que se há afecções que só á sífilis podem ser atribuidas, outras há, e são o maior número, que

tanto podem ser devidas a esta infecção como a qualquer outra. E depois, a sífilis não se manifesta sempre do mesmo modo; bem ao contrario, ela mostra-se-nos sob os mais variados aspectos, capazes de simularem, por vezes, outras tantas doenças. Mas se umas vezes o caminhar dum ataque treponémico permite lembrar esta ou aquela doença, outras vezes a pouca nitidez dos seus sintomas e uma exquisita irregularidade da sua evolução, não nos dá o direito, sequer, de arquitectar uma hipótese. E foi a frequência de tais casos que levou Hudelo a dizer «que toda a afecção do fígado de origem obscura deve fazer pensar na sífilis».

Compreende-se, pois, a frequência de êrros de diagnóstico nos sifilíticos, como bem se compreende a ignorância que pode ter da evolução duma sífilis não só o doente como o proprio médico.

Aqui, porém, parece não admitir dúvidas a natureza sifilítica da hepatite. Os sinais a que já fiz referência devem-nos permitir tal diagnóstico.

As hepatites sifilíticas, como mais tarde veremos, podem apresentar várias formas. A presente será de **grande fígado isolado e regular.**

Diagnosticada, assim, a afecção do fígado, vamos ver, agora, como identificar certas outras alterações apresentadas pela doente.

As perturbações gastro-intestinais não há dúvida que resultam do mal hepático. Pois é o fígado um dos orgãos cujas alterações mais facilmente se repercutem sôbre o resto da economia, como tambem é o figado um dos orgãos que mais sujeito está á influência das afecções viscerais. E estas relações de sofrimentos frequentemente se notam entre o fígado e o tubo digestivo. Em geral, qualquer perturbação he-

pática se faz acompanhar de perturbações gastro-intestinais, e que Hanot designou de «pequenos sinais de hepatismo».

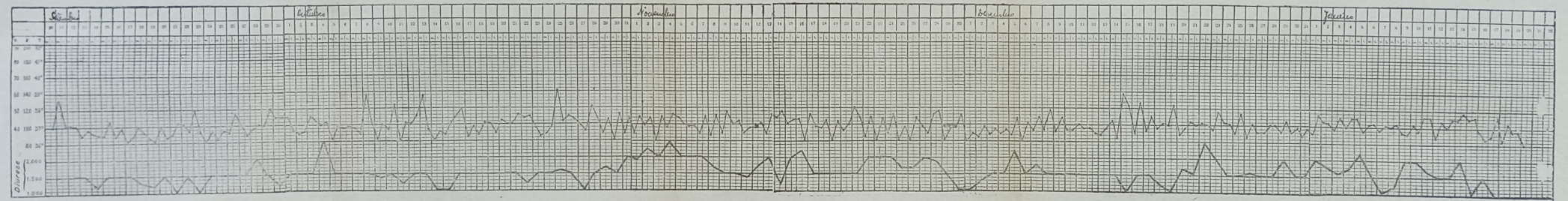
A mesma etiologia do sofrimento do fígado deve-nos explicar as alterações sanguineas e as alterações dos aparelhos cardio-vascular e pulmonar.

De facto, as presentes alterações sanguíneas não nos surpreendem; traduzem uma certa anemia, de que a sífilis é sempre capaz. Já se tem, até, anotado casos de anemia perniciosa.

E' conhecida a grande influência que exerce a sífilis sôbre o aparelho cardio-vascular, podendo-lhe oferecer as mais variadas perturbações cardiacas. E quanto ao sistema pulmonar, o mesmo se pode dizer. Desde uma ligeira insuficiência respiratoria até á formação de cavernas, tudo a sífilis póde originar num ou noutro, ou em ambos os pulmões.

Dum mesmo modo, a sífilis deve ser culpada das alterações nervosas já referidas e das adenopatias multiplas que na doente se notavam, tam frequente e precocemente toca não só o sistema linfático, como o sistema nervoso.

A astenia em que a doente se encontrava, e que dia a dia progredia, a sífilis a pode explicar pelas suas localisações multiplas e pelas insuficiências glandulares que daí resultam. E destas, uma particular atenção nos merece as glândulas suprarenais. São bem conhecidas as suas funções na economia, não se ignorando tambem a como predilecção dos treponemas para estas glândulas. Um possivel ataque das cápsulas suprarenais, no presente caso, se devia dar, e explicado por alguns sintomas da doente, nomeadamente pela caquexia, embora a outras circunstâncias a possamos atribuir tambem.


Octubre
Noviembre
Diciembre
Enero
Diuresis

Quanto ao aumento do baço, de mais já é conhecida a sua hipertrofia na sífilis que, pela sua frequência, chega a constituir um bom sinal de diagnóstico, sobretudo de diagnóstico diferencial com o carcinoma do figado, onde é quasi sempre pequeno.

Podendo em muitos casos a sífilis hepática evoluir sem elevação térmica, em muitos outros a temperatura é sintoma constante na evolução da doença. E a curva térmica pode mostrar-se segundo as mais diversas modalidades. Na minha doente, como se vê consultando o gráfico presente, a febre nem sempre é elevada, mas é irregular. Passava uns dias sem temperatura, em outros fazia, e mais para a tarde, uns acréscimos, havendo ainda ocasiões em que se nota a inversão da curva térmica. Mas nem sempre, como já disse, a curva segue do mesmo modo. Casos tem havido, até, onde a temperatura lembra pela sua curva a da febre tifoide (Hirschberg e Raichline). A febre podendo depender de muitas causas, deve estar em relação com a própria sífilis do figado e ainda com a localisação da sífilis nas glândulas de secreção interna, cuja acção termo-reguladora é hoje conhecida.

Vimos, pois, que o diagnóstico de sífilis hepática era o único aceitavel no presente caso; e vimos ainda, muito naturalmente admitindo esta etiologia, como a sífilis explicava toda a série de perturbações que a doente nos apresentava.

Importância da semiótica hepática

«Il n'y a pas un processus ressortissant á la nutrition et á la dénutrition, oú le foie n'intervienne.»

H. ROGER

Dia a dia se vem reconhecendo a importância dos exames laboratoriais. Tam grandes benefícios oferecem, que hoje o médico, em muitos casos, sem a ajuda dum exame analítico, pouco ou nada poderá fazer. Não enumerarei factos em que esta maneira de vêr é justamente aceitavel, como uma verdade. O estudo breve e despretencioso que venho fazendo, a propósito da minha doente, é um exemplo admiravel do quanto de importante e indispensavel tem o exame analítico.

E' que o fígado, possuidor de multiplas e variadas funções, uma vez lesado, o seu sofrer não o póde, com precisão, avaliar o médico, ainda que cuidadosamente faça a sua observação clínica. O fígado pode estar doente e o exame clínico nada nos dizer; outras vezes, só por êste somos capazes de reconhecer um mal hepático, traduzido por uma variada sintomatologia. Mas num e noutro caso torna-se indispensavel o exame funcional do figado. Só por êle, diagnosticada clinicamente uma hepatopatia, se poderá ajuizar do grau duma possivel insuficiência hepática, que existindo, pode ser completa ou parcial. Isto nos vem mostrar a importância que há em pôr em uso, sempre que possivel, o maior número de processos — e são tantos — tendentes a descobrir uma insuficiência hepática. O prognóstico, tambem, só se poderá mais

seguramente afirmar com o conhecimento dos exames analíticos, que nos mostrarão até onde vai o mau trabalho do fígado, quais as funções mais prejudicadas.

No entanto, deve-se dizer que nunca é possivel — embora isso fôsse o ideal — explorar todas as funções do fígado. Elas são tantas, e tantos são hoje os processos de as apreciar, que é totalmente irrealisavel, na prática, o estudar com toda a minúcia um dos mais complexos orgãos da economia.

E agora, antes de tratar do quanto é importante para a clínica o estudo cuidado da semiologia hepática, julgo dever, ainda que dum modo breve, apontar as principais funções dêste orgão; o cuidado que êle nos deve sempre merecer, sempre que se possa pôr em dúvida a integridade anatómica ou funcional dessa víscera, responsavel de tantos e tantos males.

Função biliar: Há hoje tratadistas — citados por Roger — que não querem considerar o fígado como orgão secretor da bilis.

Esta recente opinião, parece que não assenta ainda em dados scientíficos bastante concludentes para que se possa negar á célula hepática o seu poder biligénico.

E assim pensando, assim se continua a atribuir ao fígado esta função biliar, tam importante como claramente se deduz dos multiplos e notaveis papeis que a bilis desempenha no nosso organismo.

Função proteopéxica: As substancias proteicas, incompletamente desintegradas no trabalho digestivo chegam, pela veia porta, ao fígado e por êle são fixas e impedidas de entrar na circulação geral, tal qual como atravessam a parede intestinal. Isto

executa o fígado no seu trabalho normal. E' a função proteopéxica do fígado. As suas perturbações de varios modos se podem apreciar.

A Widal, Abrami e Iancovesco se deve um dos modos de reconhecer a integridade da função proteopéxica, pela pesquiza da chamada crise hemoclásica. O fígado insuficiente deixaria de transformar as proteinas extranhas, que o atravessam, e que directamente penetrariam na circulação geral. Assim se determinaria um desiquilibrio vasculo-sanguíneo, tradutor da crise hemoclásica. Esta manifesta-se pelos seguintes caracteres:

a) leucopenia no período digestivo, em vez da leucocitose normal. E' êste o sinal fundamental da crise hemoclásica. No entanto, a intensidade da leucopenia de modo algum está em relação com a intensidade da doença, e mesmo a falta da leucopenia não exclue a hipótese duma lesão do fígado

b) aumento da coagulabilidade do sangue. E' depois da leucopenia o sinal mais evidente da crise hemoclásica.

c) diminuição do índice de refracção do sôro.

d) baixa das tensões arteriais, sobretudo da tensão máxima. Êste sinal tambem tem importância. Em muitas afecções se tem notado queda leucocitária e tensional. No entanto, nem sempre se acompanham paralelamente. Por vezes há, até, uma dissociação leuco-tensional.

Êstes sinais da crise hemoclásica procuram-se fazendo o doente, que deve estar em jejum, ingerir 200 gr. de leite. Depois faz-se o exame do sangue de

vinte em vinte minutos. Por vezes os resultados são já manifestos no fim dos primeiros vinte minutos; a maior parte das vezes, porem, só aos quarenta.

Embora Zehnter, (de Strasbourg), considere os resultados desta prova incertos e inconstantes, o que é certo é que a maior parte dos patalogistas nela veem um grande valor, como mais um elemento de apreciação para o estudo funcional do fígado.

Por outros processos, ainda, se podem avaliar as alterações desta função, como o rítmo da albuminúria, a amoniúria e amóno-acidúria. Mas se me refiro mais especialmente á prova da hemoclasia, é que, dos trabalhos até agora feitos, deduz-se que é ela a que mais util se torna ao clínico pela precisão das indicações fornecidas, para não falar já da sua extrema facilidade de execução.

Função antitóxica: Inúmeros micróbios povoam o intestino, e capazes de originarem, por vezes, produtos bastante tóxicos. Mas não só se podem formar no intestino, como no intestino se podem introduzir acidentalmente, vindos da veia porta.

Na defêsa do organismo contra a perigosa toxidade daquelas substâncias, poderosamente intervem o fígado, desempenhando então uma das suas principais funções. A sua função antitóxica permite-lhe umas vezes parar e destruir, outras neutralisar e até transformar aquelas substâncias em produtos não só inofensivos, mas até uteis. Daqui, facil é depeernder a importância do conhecimento de qualquer alteração da função antitóxica, reveladora sempre dum enfraquecimento da defêsa do arganismo, normalmente exercida pelo fígado.

Interceptando aquele orgão as substâncias tóxi-

ESCOLA PRIMARIA SUPERIOR BIBLIOTECA BARCELOS

cas e os corpos extranhos que em circulação no sangue pode haver, propozeram-se, com tal fim, várias substâncias corantes para explorar a função antitóxica. Lembrou-se Chauffard do azul de metileno. E Abel e Rowntree da ftaleina tetraclorada.

Sôbre a eliminação do azul de metileno noutro logar já falei, tendo aí indicado os carateres, que no presente caso, oferecia a sua curva.

Quanto á ftaleina tetraclorada, aqueles scientistas reconheceram que a sua excreção se fazia normalmente pela bilis, nada se acusando na urina. E foi esta electividade que fez com que se utilisasse a ftaleina para explorar a função antitóxica.

Com o mesmo fim, pode-se falar ainda, na glicuronúria provocada de Chiray.

O ácido glicurónico é um derivado da glicose, capaz de se combinar, neutralisando-as, com certas substâncias, como por exemplo a cânfora.

A urina, possuindo estas combinações do ácido glicurónico, reduz o licor de Fehling. A análise das urinas permite, pois, seguir dia a dia as variaçõs funcionais da célula hepática.

Tornando menos tóxicas ou atóxicas certas substâncias nocivas ao viver orgánico, o ácido glicurónico, ou o estudo da glicuronúria fala-nos ainda da riqueza glicogénica do fígado. E nada admira, visto que é á custa da glicose que o figado produz o ácido glicurónico. De modo que quanto mais rica fôr a reserva glicogénica, mais facilmente o fígado desempenha o seu papel protector, transformando substâncias nocivas em ácidos glicurónicos.

Função glicogénica: Vários orgãos conteem glicogéneo. O fígado, porem, é dentre todos aquele que

maior percentagem possue. E não só o armazena, mas é êle tambem que transforma sob a acção dum fermento, a glicose em glicogéneo, capaz ainda de transformar a glicose em ácido lático, e êste em glicose e em glicogéneo.

A glicogenia é um dos principais carateres do fígado. A ela êste orgão deve, em parte, o seu admiravel poder antitóxico, como atraz disse ao referir-me á glicuronúria provocada de Chiray. E em tam grande parte, que os trabalhos dos cirurgiões inglezes provam que a maior parte dos acidentes, consequência da cloroformisação, podem ser evitados enriquecendo preliminarmente o organismo de glicose.

Perturbada a função glicogénica, uma glicosúria a vem traduzir. E aprecia-se êste papel que teem as células hepáticas de reter a glicose, pela chamada glicosúria provocada. Faz-se tomar de manhã, em jejum, cem a cento e cincoenta gramas de glicose em trezentos c. c. de água. Durante o dia o doente fica a regimen lacteo, e de hora a hora recolhem-se as urinas, onde se faz a pesquiza do assucar. Normalmente, como se sabe, a glicose não passa na urina. Havendo, esta glicosúria indica, naturalmente, uma insuficiência glicolítica.

Não me foi possivel fazer esta prova na minha doente, como desejava. Tentei, mas sem resultado, pois a doente não suportava a glicose.

Embora seja aquela a forma mais usual de apreciar a função glicogénica, e embora durante anos se considerasse como o melhor critério de insuficiência hepática, hoje o seu valor está bastante apoucado.

Pois a prova da glicosúria pode aparecer negativa na insuficiência hepática, como pode aparecer positiva em indivíduos normais. E isto porque a uti-

lisação de assucar é variavel de indivíduo para indivíduo, e variavel até no mesmo indivíduo. Outros motivos há que constantemente podem falsear os resultados da glicosúria, como a natureza do assucar ingerido, as perturbações de absorção intestinal e da permeabilidade renal.

Melhor se poderá apreciar o valor glicogénico pela glicuronúria, de que falei. Entanto, aquela prova ainda se vem utilisando, e algum valor nos oferece, e sobretudo, quando em estudos de lesões hepáticas outras provas se podem utilisar.

Função lipopéxica: Refere-se esta função á acção que o fígado exerce sôbre as matérias gordas e sabões. A retensão e a transformação destas substâncias constitue, para o fígado,um admiravel papel, assim impedindo intoxicações a que elas sempre podem dar origem.

Função uropoiética: Outra função, pela qual o fígado protege o organismo, é a função uropoiética. Todos sabem o quanto teem de tóxicos os sais amoniacais. E é o fígado que os transforma em ureia, duma bem menor toxidade. Ao mesmo tempo, e porque a ureia é um diurético fisiológico, assim o fígado vai preparando a secreção urinária.

Pelo que é dito, facil é compreender, no curso das afecções hepáticas, a baixa percentagem da ureia e o aumento de ácidos aminados e amoníaco, nas urinas. Pode tambem o fígado transformar o ácido úrico em ureia. E daí, quando êste orgão está insuficiente, o aparecimento de uratos em grande quantidade na urina.

Aqui se teem, pois, sinais reveladores duma in-

suficiência hepática, quando é perturbada a função uropoiética. Deve-se dizer, no entanto, que as indicações que nos fornece a dosagem isolada da ureia e do amoníaco na urina, são insuficientes. Hoje, noções mais exactas se vão buscar ao coeficiente azotúrico, que é diminuido quando ha insuficiência uropoiética. Êste coeficiente foi primeiro estudado na urina. Recentemente prefere-se o coeficiente do sôro porque, ao contrário daquele, não é influenciado pela alimentação.

A todos êstes métodos, porém, objecções se podem fazer, tal como para a prova da glicosúria. E' que o coeficiente de utilisação dos corpos proteicos é variável de indivíduo para indivíduo, e ainda no mesmo indivíduo.

São estas as funções principais da glândula hepática. Elas nos mostram o quanto de complexo tem o seu trabalho. Mas mais longe vai ainda o seu papel.

Sabe-se, por exemplo, que a coagulabilidade do sangue é enfraquecida em certas afecções hepáticas, que diminuem a quantidade de fibrinogéneo. Assim se encontram, e com freqüência, variadas hemorragias no decorrer de doenças que tornam insuficiente o fígado. Podem-se apreciar estas perturbações da coagulação sanguínea pelo métedo de Duke, avaliando o tempo de sangria.

Tem ainda o fígado acção sôbre a temperatura, que muitas vezes se mostra baixa no decorrer duma doença daquele orgão. Esta função térmica, conhecido o papel dos hidratos de carbono e dos assucares, em particular, na produção do calor animal, está relacionada com a função glicogénica. Esta perturba-

da, poder-se-há acusar, em alguns casos, por uma baixa curva térmica.

Contra os corpos cetónicos e a acidose o fígado actua, da sua prejudicial acção defendendo o organismo. Verifica-se em clínica êste estado de acidose pela conhecida reacção de Gerhardt.

Ao fígado se atribue, tambem, uma função sanguínea. Êle destroi os hematias envelhecidos e fornece o ferro para a renovação doutros.

O que fica dito sôbre as funcções hepáticas parece-me bem de molde a justificar a frase do conceituado H. Roger: «Il n'y a pas un processus ressortissant à la nutrition et à la dénutrition, où le foie n'intervienne».

E de facto, se repararmos em cada uma destas funções, temos de concluir que o fígado desempenha um primacial papel, desde os processos digestivos até á nutrição celular, protegendo ainda o organismo contra as intoxicações endo e exogéneas, e mesmo contra variados agentes microbianos.

Pela bilis, êle vai entrar, auxiliando-os e reforçando-os, um grande número dos actos digestivos, quer químicos quer mecánicos. Pelas transformações porque faz passar as substâncias proteicas, êle scinde, por assim dizer, as moléculas albuminoides, incompletamente desintegradas, aproveitando o que de util elas conteem, ao mesmo tempo que neutralisa e rejeita o que de inutil ou nocivo foi absorvido.

Nas transformações dos hidratos de carbono e gorduras, tambem o fígado actua. E se as descobertas modernas fazem salientar o papel lipopéxico do pulmão, repelindo para um segundo plano a lipopexia hepática, nem por isso êle deixa de intervir

nessa elaboração de gorduras, que para os hidratos de carbono fica ainda o fígado o insubstituível transformador da matéria de reserva.

Nos processos de desassimilação o fígado tem tambem um papel a desempenhar, e não em menor grau, visto que é o encarregado das principais transformações porque tem de passar os dejectos celulares. E' que se o rim desempenha o principal papel eliminador da economia, é o fígado que lhe vai entregar muitas dessas substâncias nocivas, já prontas a ser eliminadas. Mais ainda, pela funcção uropoiética, fornece ao rim o seu excitante fisiológico—a ureia.

Os processos íntimos das oxidações celulares estão, ainda que indirectamente, sob o domínio do fígado, pelo papel que êle desempenha para com os glóbulos rubros no metabolismo do ferro.

Não é tudo no entanto; defende o organismo contra micróbios e toxinas, e de tal modo, que levou um patologista francez, Hanot, a considera-lo, na defeza do organismo, como «uma verdadeira praça artilhada» contra as infecções intestinais.

Se fisiologicamente é dêste modo importante, a dentro da patologia o fígado é um orgão sempre a atender, mesmo nas doenças que não o atinjam directamente.

A sua sintomatologia, por vezes obscura, precisa pois de ser estudada com cuidado, já para que o médico atenda a uma pequena baixa da sua vitalidade, já para por vezes precisar o ponto onde reside o mal que se lhe apresenta com um conjunto impreciso de sintomas.

As sinergias funcionais desta glândula prestam-se a originar confusões. E' claro que o rim não pode integralmente desempenhar as suas funções se o fí-

gado se encontra lesado. Conhecidas são, de todos, as dispepsias de origem hepática.

As fermentações intestinais e as dejecções diarreicas, tantas vezes levadas á conta dum processo de enterite, são muitas vezes filiadas em alterações biliares. Alterações do aparelho cardio-vascular não são muitas vezes mais do que a repercussão duma doença hepática, como alterações desta glândula não representam, por vezes, senão a repercussão duma cardiopatia, em especial do coração direito.

Nenhum orgão escapa á influência do fígado. Basta citar, sem nelas me demorar, as alterações cutâneas, respiratórias e nervosas, que por variados mecanismos o fígado pode arrastar.

Se embaraços pode por isso haver no diagnóstico, aqui como em tudo, a exploração clínica não fica em nada apoucada em presença dos dados laboratoriais. E' certo que êstes últimos são importantíssimos para o conhecimento exacto do estudo dum fígado, mas falham tambem. No meu caso, por exemplo, só a análise completa da urina, embora mostrando um manifesto desiquilíbrio dos processos de nutrição, não apresentava, dum modo preciso, o sindroma urológico da insuficiência hepática. E no entanto, o exame clínico claramente levava a considerar o fígado como o primacial culpado do estado de extrema decadência da minha doente. Para ter todo o seu valor, o laboratório tem de contribuir, para o caso do fígado, com um conjunto de análises, absolutamente impossivel de utilisar na prática diária.

Mais uma vez se verifica aqui, como em qualquer ramo da patologia, a aliança estreita do labotório para a clínica. Para o fígado, como para os outros orgãos, os exames laboratoriais são o auxiliar,

umas vezes valioso, outras imprescindivel do exame clínico, mas sem nunca lhe usurpar o seu primeiro logar.

Mas estas dificuldades, por vezes bem grandes, o clínico consegue na maior parte dos casos resolvê-las, lançando mão de todos os meios ao seu alcance, sem nunca desprezar o mínimo síntoma. E o conhecimento de que elas existem não deve senão servir para, em qualquer caso, desde que probabilidades haja duma doença do fígado, investigar êste orgão tão completamente, quanto possivel, quer para afastar do nosso espírito a suposição de que nêle resida a doença, quer para sôbre êle intervir com os poucos meios de que dispõe a terapêutica.

Sem querer ter a pretensão, de modo algum justificavel, de ser completo nêste curto apanhado, eu creio que o pouco que deixo dito é o bastante para fazer resaltar toda a importância, que tem para o policlínico, o estudo cuidado da semiótica hepática.

O caso que me serve de assunto ao meu humilde trabalho, e que me sugeriu as considerações expostas nêste capítulo, não vem senão confirmar a importância de todos os sintomas respeitantes ao fígado. Se me tivesse limitado á simples análise de urina, mesmo completa, desprezando os outros dados laboratoriais, eu teria de concluir por um regular estado funcional do fígado, e seria forçado, errando o diagnóstico, a filiar noutras alterações a caquexia da doente. Mas ao contrário, o exame atento e circunstanciado prova-nos á evidência, como referi ao fazer o diagnóstico, que só ao fígado se deve o seu estado desesperado.

O exame das fezes, indicando-nos a insuficiência biliar pelos seus carateres gerais, pela prova da

gordura, pela prova da fermentação; o exame do sangue, a demonstrar-nos uma anemia de forma clorótica com acentuada leucopenia; o coeficiente azotémico, a culpar a falta de formação de ureia, e não a falta da sua eliminação, da hipoazotúria que a análise de urinas revela — tudo isto são dados laboratoriais a confirmar-nos, juntamente ás provas da eliminação do azul de metileno e da hemoclasia digestiva, o acentuado estado de hipofunção hepática.

Sem estas minúcias ter-se-ia podido desfazer a aparente discordância entre o exame clínico e a análise das urinas? Eu creio bem que não.

Esmiuçado, porém, como ficou o estudo clínico e laboratorial, a discordância deixa de existir e fica feita a prova da importância da semiologia hepática para o integral conhecimento da doente.

ESCOLA PRIMARIA SUPERIOR
BIBLIOTECA
BARCELLOS

Sintomatologia da sífilis hepática

«Alors qu'elle a vieilli, la syphilis prend une «mine honnete,» á savoir la mine des maladies communes.»

RICORD

De extranhar seria que a sífilis, polimorfa como é em todas as suas manifestações, fizesse excepção no que diz respeito ao fígado. Na verdade, tal não se dá, pois se é certo que a sífilis hepática foi identificada não há ainda um século, só em 1849 dela tendo falado Dietrich, pela primeira vez, como entidade mórbida, certo é tambem que os clínicos teem já tido ocasião de encontrar variadíssimas formas sob que ela se apresenta, simulando, por assim dizer, todas as afecções hepáticas. E se outrora se admitia que só a sífilis terciária podia atacar o fígado, sabe-se hoje que êle pode ser lesado em qualquer dos seus clássicos períodos, pois até já se teem citado casos de icterícia sifilitica, contemporâneos do cancro. Nada admira, de resto, que assim suceda, provado como está que a divisão da sifilis em três períodos tida até há relativamente pouco tempo como dogma, é puramente convencional.

E' que a sifilis, como qualquer outra infecção, não se molda em fórmulas rígidas, e as lesões que serviam para caraterizar os seus diferentes periodos, teem aparecido misturados de tal modo, que levaram os patologistas modernos a desprezarem, quasi por completo, a sua divisão em periodos.

Diagnosticada a infecção, trata-se de a combater. E se o tratamento varia com as manifestações da

doença, isso deve-se, apenas, á maior ou menor eficácia dêste ou daquele medicamento, perante esta ou aquela forma anatomo-patológica, á maior ou menor urgência de remediar os descalabros feitos. Daí resulta que as medicações não se fazem hoje para determinado periodo da invasão sifilitica, mas sim para combater a infecção segundo as indicações da virulência do agente, da forma anatómica das lesões e do estado dos diferentes aparelhos orgánicos do doente.

Se como acima digo, a sifilis pode simular a maior parte das doenças do figado, isso não quer dizer que muito varie a forma histológica das lesões. Aqui, como em toda a parte, que a sifilis actua, o que principalmente varia é o aspecto clínico da doença. Tudo depende do ponto onde o treponema exerce a sua acção. E' claro que as lesões dependentes das alterações das arteriolas não podem ser as mesmas que as provocadas pelas dos canaliculos biliares ou do tecido de sustentáculo da célula hepática. E dêsse ponto de ataque dependerá, como é natural, a forma que o fígado há-de apresentar ao exame clínico, e não só a sua forma anatómica como ainda as suas perturbações funcionais.

Por tudo isto, é dificil, e muito dificil mesmo, fazer uma classificação das sífilis hepáticas, dela tendo fugido, até, patologistas distintos. Mas, sendo dificil a classificação, a dificuldade aumenta ainda quando se trata de fazer, num trabalho como êste, a descrição do que seja a sintomatologia da sífilis do fígado.

Procurarei, por isso descrever, segundo a classificação hoje adoptada, os sintomas particulares a cada uma das formas que os patologistas dizem revestir o luetismo dêste orgão.

E' costume, quando se fala da sífilis dum orgão, considerar separadamente, a sífilis hereditária e a sífilis adquirida. Razão há para assim proceder, porque na sífilis hereditária, pelo que respeita ao fígado, temos de atender a que êste orgão tem relações mais íntimas que qualquer outro com a circulação materna. O treponema, ao invadir o fecto, tem fatalmente de lhe atravessar o fígado; daí a frequência da sífilis hepática hereditária precoce.

A sintomatologia da *sífilis hepática hereditária precoce* que evolue durante a vida intra-uterina, é oferecida pelo sindroma hidramniótico. O hidramnios é uma das múltiplas complicações que podem aparecer no curso da gravidez. O ventre da mãe aumenta de volume. Os movimentos do fecto são mal percebidos. E é maior a quantidade de liquido contido no útero, que pode ir de dois a quatro litros. E' frequente a mãe apresentar, ainda, perturbações de compressão, edemas, dispneia.

O aborto é a terminação habitual desta complicação. Mas se o parto se dá de termo, o que pode acontecer, a vida da creança não é muito risonha. Ela pode morrer pouco tempo depois. E se tal sucede, estamos em face do que se chama a

Forma rapidamente mortal: a creança é pálida, muito abatida e apresentando fígado e baço hipertrofiados. Pode nascer ainda, com várias manifestações cutáneas, como o penfigo palmo-plantar.

Nem sempre, porém, as coisas se passam dum modo tam desesperado. Ao lado da forma descrita, outras se podem anotar, menos graves. Assim:

Forma hepato-espleno-intestinal: a creança nasce de termo e aparentemente sã. Mêses depois,

porém, começa o sofrimento, e morre, na maior parte dos casos, se um inérgico tratamento a tempo não intervem. Como que de surpreza, a creança apresentará perturbações digestivas, que a pouco e pouco a vão arruinando. Ela caquetisa-se, dá-nos, dentro em pouco tempo, um aspecto de envelhecida—pele muito sêca, enrugada e de côr terrosa. O ventre é globuloso, e o fígado e baço aumentados de volume. Outras manifestações, e de natureza sifilítica, pode apresentar.

Forma ictérica: a creança apresenta-se ictérica logo ao nascer, ou alguns dias depois. Esta icterícia, umas vezes passageira, pode caminhar para a icterícia grave.

Forma hemorrágica: nesta forma a creança pode mostrar-nos as mais variadas hemorragias, logo desde a hora do nascimento, ou dias depois.

Forma anémica: nem todas as vezes nos oferece o mesmo aspecto esta forma, que em qualquer caso se acompanha sempre de grande fígado e grande baço.

Pode haver diminuição dos glóbulos rubros, hemoglobina e um fraco aumento de glóbulos brancos—é a forma anémica simples; outras vezes—e é a forma cloro-anémica—há uma leve diminuição dos glóbulos rubros, com maior diminuição de hemoglobina e leve aumento dos glóbulos brancos; uma terceira forma é aquela que simula a anemia perniciosa, em que há diminuição dos glóbulos rubros, alteração da sua forma, aparição de glóbulos nucleados e diminuição dos hematoblastes; finalmente, e estamos em presença da anemia sifilítica pseudo-leucémica, a forma anémica caracterisa-se por uma deformação dos glúbulos rubros, dos glóbulos vermelhos nucleados, aumen-

to do número dos glóbulos brancos, sobretudo dos polinucleares, e aparição de mielocitos eosinófilos, raras mastzellen e celulas de Türk.

A seguir á sífilis intra-uterina, de que falei até agora, vem a do recem-nascido, que não é mais do que a continuação daquela. A creança pode morrer em alguns dias, mercê das manifestações sifilíticas de que é portadora, ou pode, aparentemente, mostrar se saúdavel, só aparecendo mais tarde, mêses depois, sinais de hepatite sifilítica. O luetismo dêste orgão quasi sempre se faz acompanhar, nos pequenos doentes, de manifestações multiplas de heredo-sífilis, o que em parte nos facilita, e torna possivel, o diagnóstico.

Mas se há razão para separar a sífilis hereditária precoce, de que atraz deixo resumida a sintomatologia, pelas condições muito especiais da vida do fecto ou do recemnascido, outro tanto não acontece quando as manifestações sifilíticas só tardiamente aparecem. Aqui, tudo se passa como se tratasse dum indivíduo que se infectou, e que atingiu o clássico período terciário. E porque não conheço razões para considerar a heredo-sífilis tardia diferente da sifilis adquirida, visto que, numa e noutra, as lesões elementares são as mesmas, é por isso que saltando por sôbre a opinião dos autores que ainda hoje teimam em descrever a sífilis hereditária tardia separadamente da adquirida, eu vou engloba-la na descrição de conjunto, que mais abaixo farei, da sífilis adquirida, considerando-a como uma sífilis que atingiu o terciarismo duma maneira diferente do vulgar.

Embora atraz me tenha referido ao que de fictí-

cio tem a divisão da sífilis em periodos, eu ao tratar da sintomatologia da sífilis hepática adquirida, devo respeitar essa divisão, ainda hoje seguida, para maior facilidade dum trabalho descritivo. E assim é que, antes de entrar na descrição das formas mais frequentes da sífilis hepática, que são as terciárias, eu resumirei, num breve apanhado, o que se consideram os sintomas das lesões secundárias. Um sindroma resume essa sintomatologia; é o sindroma ictérico. Mas de todas as formas, desde a mais benigna á mais grave, em que êle se subdivide, a sífilis pode ser culpada.

A sintomatologia dêste sindroma, por demais conhecida, julgo-me eu dispensado de para aqui a transcrever, que outra coisa não poderia fazer a tal respeito.

Estas icterícias secundárias podem ser de duas ordens: benignas, pela ligeireza dos seus sintomas e pela facilidade com que desaparecem mediante o tratamento específico; graves, pela sua alarmante sintomatologia e pela resistência que ao tratamento oferecem.

As últimas, ainda podem ser graves de início, ou graves se mostram apenas durante a sua evolução.

Compreende-se esta diversidade de icterícias; a sua pouca ou muita importância dependerá, como é natural, da abundância e virulência dos treponemas, do estado anterior da viscera hepática e ainda do estado geral do doente.

Sôbre o mecanismo porque a sífilis era capaz de determinar icterícias, não estavam os patologistas de acordo. Hoje, porém, sabe-se que por diversos modos tal sindroma se pode originar. Por *obstrução*,

quer gânglios hipertrofiados comprimam os canais biliares, quer por uma goma situada dentro do colédoco ou nas suas proximidades, ou por uma roséola interna do colédoco — como invoca Gubler — quer ainda por um processo de angiocolite; por *hepatite parenquimatosa,* dêste modo se responsabilisando, pelo seu aparecimento, as alterações da céllula hepática; por *destruição exagerada da hemoglobina,* e temos então as chamadas icterícias hemolíticas.

Pode ainda a ictericia ser devida a alterações simultaneas do sangue e do figado

Como se vê, todos os tipos de ictericia a sifilis é capaz de originar, como bem o provam hoje as observações clinicas e o laboratorio.

Esquematizado, assim, o sindroma da sifilis secundária, vou descrever o que se passa com o figado no periodo terciário desta infecção. Aqui, todas as formas se conhecem a dentro dos quatro grandes grupos:

a) — Grande figado isolado.
b) — Grande figado com ictericia.
c) — Figado com cirrose ascitica.
d) — Degenerescências.

Mas, para cada um dêles, subdivisões se teem ainda de estabelecer. E' que numa descrição geral de cada uma destas formas, particularidades aparecem, que caracterisam nitidamente os sub-grupos que temos de adoptar.

a) — No grande figado isolado encontramos, a par dum regular estado geral da doente, exagerado volume do figado acompanhado, muitas vezes, dum tambem mais ou menos notavel aumento do baço.

Não se encontra icterícia, nem tam pouco, ascite. Das alterações da forma anatómica do figado depende a subdivisão dêste grupo. Assim, se o figado é grande, mas de contornos nitidos, regulares, e superficie lisa, a indicar-nos um ataque simultáneo de todo o figado, nós temos o primeiro sub-grupo — *o grande fígado regular*, que é o do meu caso. Mas ao contrário dêste tifo, outras formas do figado podemos encontrar. Se a palpação nos indica a existencia dum figado hipertrofiado e duro, de bordos irregulares, de superficie desigual com retrações aqui e além, é que estamos em presença do *grande fígado «ficelé»*, que é, de resto, a forma mais tipica da sifilis hepática. Pode ainda deparar-se-nos, ao exame clinico, um figado irregularmente aumentado. E' que o ataque atingiu os lobos hepáticos duma maneira diferente. Enquanto que uma parte do figado diminue de volume, o resto ou apenas uma parte encontra-se, pelo contrário, hipertrofiado. E esta irregularidade no volume do mesmo orgão, que pode estar dependente de lesões anatómicas diferentes, ou da diferente antiguidade duma lesão da mesma natureza, neste e naquele ponto, caraterisa o *grande fígado atrofo-hipertrófico*. Como ultimo sub-grupo, vem-nos o *fígado pseudo-canceroso*. Nesta forma, há um figado muito aumentado de volume, conservando, embora, no seu aspecto geral, uma forma regular, mas descobrindo-se á palpação uma superficie desigual, mamilada, que em tudo lembra o fígado canceroso.

b) — No grande fígado com icterícia encontramos, ao lado do sindroma ictérico, um fígado duro, aumentando de volume e doloroso, sem que exista ascite nem circulação venosa colateral a atestar a integridade das ramificações da veia porta.

As urinas não apresentam sinais bem nítidos de insuficiência hepática, e a eliminação intermitente do azul de metileno é, em muitos casos, — dizem os tratadistas — a única prova a indicar que a célula hepática não está inteiramente de posse da sua integridade funcional.

Tambem neste grupo sub-divisões há a fazer. E elas dependem da relação existente entre o volume do fígado e o do baço. Assim é que, nesta forma, primeiro descrita por Hanot, nós encontramos a *cirrose biliar hiperesplenomegálica,* em que o aumento do baço predomina sôbre a hepatomegalia; a *cirrose biliar microesplénica,* em que o aumento de volume do fígado não se acompanha de esplenomegalia, podendo mesmo o baço estar atrofiado por um processo de esplenite intersticial; a *cirrose atrófica biliar,* em que se encontra um fígado pequeno; a *cirrose metaesplenomegálica,* em que o baço parece ser o primeiro a aumentar de volume; a *cirrose preesplenomegálica,* em que, ao contrário da precedente, a esplenomegalia aparece depois da hepatomegalia.

E são estas as principais formas descritas neste grupo, embora alguns autores citem ainda outras.

c) — No fígado com cirrose ascítica, que ora faz lembrar a clássica cirrose de Laënnec, ora a cirrose hipertrófica alcoolica, encontramos nuns casos aumento de volume do fígado, noutros uma atrofia; e a acompanhar estas modificações de volume, vem a ascite, a circulação colateral superficial, a hipertrofia do baço, as hemorragias intestinais, etc. Nesta descrição geral cabem as sub-divisões que dependem do volume do fígado.

As formas *atróficas* anunciam-se, em geral, por perturbações digestivas. O doente perde o apetite e

apresenta alternativas de diarreia e obstipação. Notam-se edemas nos membros inferiores. Atrofia-se o fígado, enquanto o baço aumenta de volume, e é mais tarde que aparece a hipertensão portal.

Nas formas *hipertróficas* encontram-se, segundo a sua maior ou menor gravidade, as *atenuadas* e as *malignas*. Nas primeiras, a ascite não se reproduz com a mesma intensidade que nas atróficas, pode mesmo, até, deixar de produzir-se. Nas segundas, a evolução é rapidamente grave, tal como acontece na cirrose gordurosa de Hutinel et Sabourin.

d) — Nas degenerescências temos a considerar a *gordurosa* e a *amiloide*. Quer uma, quer outra, podem ser produzidas pela sífilis, como por outras infecções. E ora se apresentam de sintomatologia obscura, ora pela sua marcha rápida, arrastam sintomas de insuficiência hepática aguda.

Miudamente descrever, para cada uma das formas, todos os sintomas que os doentes apresentam, seria reproduzir a sintomatologia de quasi todas as afecções hepáticas. As dificuldades com que o clínico luta para diagnosticar as hepatites sífiliticas são tam grandes, que muitas vezes, só por exclusão, pode chegar a culpar o treponema palidum de as ter causado.

Desde o quadro clássico da cirrose de Laënnec até á doença de Hanot e degenerescência gordurosa aguda, tudo a sífilis pode simular. E tam bem os simula que o tratamento é muitas vezes chamado a decidir a questão. Acusa-se, é certo, de perigosa em muitos casos, e pouco scientífico em todos, esta maneira de proceder. Mas se é facil teoricamente acusa-la, descendo á prática diária tem de se reconhecer que em alguns casos, cada vez, felizmente, tornados

mais raros, pela maior precisão que vai sendo possivel pôr no diagnóstico da sífilis, não há outro recurso.

Pela descrição que deixei feita, se pode avaliar da dificuldade. Os sinais directamente dependentes do fígado, exceptuado o caso do grande fígado «ficelé», nada indicam sôbre a natureza sifilítica duma hepatite. E' preciso procurar os sinais distintivos na história do doente, nas lesões doutros orgãos, nos estigmas deixados por anteriores lesões sifilíticas, na evolução da doença e nas indicações fornecidas pelo laboratório.

Se bem que seja necessário, ter sempre em conta que um sifilitico pode ser portador duma afecção duma outra etiologia que não a sifilis, ou duma etiologia mixta, o resultado da R. Wa. tem, para a decisão a tomar, um grande valor. E esta reacção, não devmesmo, para todos os casos, ser feita só no sangue. Se a doença do figado se acompanha de ascite, por exemplo, convem mesmo fazê-la no liquido peritoneal, como de resto é de regra nas enfermarias da 2.ª Clinica Médica, sempre que se suspeite desta etiologia.

Desde que se trate dum doente portador dum padecimento hepático, averiguada que esteja nêle a existência da sífilis, deve impôr-se-lhe o tratamento específico atendendo, é claro, á capacidade funcional do fígado, mesmo que êste orgão tenha a sua afecção dependente duma outra etiologia. Neste caso tratar-se-há, pelo menos, de lhe aumentar a resistência orgânica, quando não haja que combater uma parte —a que da sífilis possa depender—do mal dêste orgão.

E para terminar, tenho de concluir que apezar da maior precisão que vai tendo o diagnóstico da sí-

filis, á medida que melhor se conhece êste flagelo da humanidade, ainda hoje somos forçados a dizer com Fournier:

«Le tableau clinique de la syphilis hépatique n'est ni uniforme, ni constant.»

Da variabilidade sintomatológica da minha doente, eu conclui pela sífilis do figado. E o estudo que atraz ficou, ligando principal importância ás lesões dos variados orgãos, firma a razão que me assiste ao fazer o diagnóstico do meu caso.

A minha doente era uma luética, e o estado do seu figado se nos demonstrava uma lesão irremediavel do orgão, nada nos dizia sôbre a etiologia do seu mal. Mas, afastadas as hipóteses das doenças que se podiam confundir com a sua, e atestado sobejamente o seu luetismo, sendo ainda a sífilis capaz, como atraz fica exposto, de acarretar um semelhante quadro de doença hepática, eu não podia deixar de fazer o diagnóstico que fiz. E' que, se a afirmação não pode ser absolutamente categórica num caso como êste, muito dificil será encontrar, na clínica, um outro em que com mais certeza a origem sifilítica nos seja imposta pela sintomatologia do doente.

Tratamento

ESCOLA PRIMARIA SUPERIOR
BIBLIOTECA
BARCELOS

«A arte de curar, a mais difficil das artes, é a finalidade de toda a medicina e por isso a therapeutica é a «última ratio» de todos os estudos clínicos. Mas porque é uma arte, a obra ha-de sair com o cunho do artista, segundo a sua inspiração, as suas qualidades de observador e de executor.»

PROF. LUIZ VIEGAS

E' conhecida e bem justificada a importancia que ao clinico merece a sifilis. Possuidor duma notavel variabilidade sintomatologica, capaz, por vezes, de simular tantas outras doenças, êste grande mal da sociedade nem sempre é de facil diagnóstico. Mas descoberta a sifilis, não acabam aqui os embaraços do clinico. Surge, depois, o seu tratamento, tarefa merecedora das mais sérias atenções. E agora que, num desafio de melhor e mais rapidamente curarem a sifilis, se amontoam preparados das mais diversas origens e de acção, para alguns, ainda discutivel.

Dêste comercialismo, que nos arrasta, como diz A. Renault, a «um caos terapêutico no qual o prático pode adoptar o processo que acha preferivel», devemos fugir porque não devemos nem podemos ter a pretensão de bem tratar sifiliticos, indicando-lhes indiferentemente êste ou aquele moderno medicamento, embora sempre rotulado de proveitoso, mas nem sempre suficientemente estudado.

E' dever nosso, se inconscientemente não quizermos tratar doentes, aproveitar aqueles preparados que melhor sabemos manejar e cuja acção terapêutica o tempo se encarregou de nos mostrar.

E mesmo assim, escolhendo dentre todos, aqueles preparados melhor conhecidos, casos há de sífilis em que o tratamento é revestido de muitas dificul-

dades. Assim se nos deve afigurar o tratamento duma sífilis que particularmente se veio localisar no fígado. E' que êste orgão, uma vez doente, afastado do seu trabalho tam complexo como indispensavel á vida do organismo, tambem já não pode encarregar-se da eliminação medicamentosa. Mais: são conhecidas ainda as relações tam íntimas que umas ás outras prendem as diferentes glândulas. Perturbada uma, o regular funcionamento das outras é quasi sempre alterado. E se tais factos a clínica, dia a dia, nos mostra em tam variados casos, a lei da sinergia é flagrante entre o fígado e o rim. Todos sabem a facilidade com que as doenças dum se reflectem no outro. E no meu caso, não há dúvidas de que os rins acompanhavam o sofrimento do fígado.

Por tudo isto, facilmente se compreende a lembrança de todos êstes factos para bem conduzir uma terapêutica que não podendo, por vezes, melhorar o doente, não vá, no entanto, exacerbar os seus males.

Aqui, precisamos sobretudo de procurar produtos anti-sifilíticos duma baixa toxidade. Os menos tóxicos, para que sejam bem tolerados, ainda mesmo que os seus efeitos sejam lentos. Escolher, dentre muitos, aqueles preparados cuja eliminação se faça, com facilidade, por outros emunctórios, de modo a pouparmos o fígado e os rins, tanto quanto possivel. Tem importância, ainda, a escolha da via de introdução do medicamento no organismo. E' que não sendo indiferente o uso dêste ou daquêle produto anti-sifilítico—pois cada um tem o seu valor e as suas indicações,—não menos importância tem o conhecimento do modo como o devemos administrar.

Com um aturado e escrupuloso estudo, assim devemos guiar a nossa terapêutica, embora nem sempre

capaz de totalmente apagar ou atenuar mesmo, os males do doente. E' que a eficácia do tratamento, por mais inteligentemente conduzido que seja, está sempre sob a dependência de varios factores. Temos de reparar no estado geral do doente, na forma e na natureza do processo sifilítico e na sua antiguidade. Reparar ainda na existência possivel, muitas vezes, doutras doenças que lesam sempre o fígado, inferiorizando assim a sua existência ao ataque treponémico.

Ora numa doente como a minha, com um estado geral bastante comprometido, com uma hepatopatia antiga e filha, talvez, de causas várias — sífilo-palúdica, — certamente que pouco ou nada poderiamos esperar duma intervenção medicamentosa bastante tardia. O seu mal era já irredutivel.

Dificil é, pois, o tratamento da sífilis hepática; dificil e por vezes inglório.

Estas considerações nos bastam, agora, para fazermos uma ligeira revisão aos principais métodos de combate á sífilis, mostrando aqueles que melhor conveem á localisação desta doença no fígado e o perigo que pode advir do uso doutros.

Bismuto: Estão em voga os sais de bismuto para o tratamento da sífilis. O seu aparecimento, recente ainda, parece justificar-se nas afinidades químicas que existem entre o bismuto e o arsénio. Vários tratadistas, impressionados por êste parentesco químico, voltaram imediatamente as atenções para os sais de bismuto, onde encontraram uma nova arma para combater a avariose. E depressa apareceram no mercado sais de bismuto — uns soluveis, como o tartrobismutato de potassio e sódio, outros insoluveis, como o iodeto duplo de quinino e bismuto. E além

dêstes, outros compostos duma maior complexidade veem aparecendo, como bismuto mais arsénio, bismuto mais mercúrio, etc. A uns e outros, tratadistas como Sazerac e Levaditi, atribuem uma acção terapêutica poderosa contra a sífilis. Sendo incontestavel a sua acção spirilicida, as opiniões são diversas ainda no que diz respeito ao valor da bismutoterápia comparada com o tratamento clássico. No entanto, a experiência tem demonstrado que os sais de bismuto são, por vezes, de resultados brilhantes nas formas de sífilis mercúrio e arsénio-resistentes.

A literatura médica, nos últimos tempos, aponta casos variados de cura pelos sais de bismuto, registando factos surpreendentes em sifilíticos com manifestações cutáneas, mucosas e nervosas. Outro tanto não acontece, porém, a propósito da sifilis visceral. Do que li, referente a êste moderno tratamento, dois casos apenas eu vi publicados, o ano passado, por P. Meynet e F. Sevin. Eram dois casos de sífilis hepática, que muito melhoraram pela acção do bismuto.

Mas esta informação, porém, não basta para que possamos julgar util o uso do bismuto em toda a sífilis hepática. Longe disso. Pode mesmo dizer-se que o seu uso deve ter ou pode ter sérios inconvenientes em tais casos. E' que o bismuto possuindo virtudes, tambem tem defeitos. E', sem dúvida, dotado de certa toxidade. Em dose pequena, e num tratamento ainda em começo, o bismuto tem dado já fenómenos de intoxicação que, que quando é ligeira se traduz por sinais de estomatite, mais ou menos acentuada, facto êste que obriga o médico a suspender o tratamento. Quando esta intoxicação adquire uma certa intensidade, a par da estomatite bismutica outros sinais reveladores de intolerância podem apare-

cer, e se notam com frequência, como hipertermia, astenia, cefalalgias, etc.

Facilmente se compreende, pois, a razão dum relativo silêncio a propósito do ataque treponémico em orgãos, como o fígado.

Nesta ordem de ideias, pois, temos de verificar do estado geral do doente, do modo como funcionam os seus emuntórios e ainda assegurar uma boa higiene bocal.

Por estas considerações, mais ainda, pela facilidade com que o bismuto pode dar fenómenos de intoxicação, a despeito mesmo dum regular funcionamento dos emuntórios, por onde se faz a eliminação constante do bismuto, a sua indicação deve ser, em determinados casos, duma escrupulosa cautela. Aconselhar a bismutoterapia em um caso como o que apresento, uma doente caquética e com um fígado e rins funcionando mal, certamente que topavamos com aquelas perturbações a que esta terapêutica pode dar origem. Julgamos, pois, preferivel a maior cautela no emprego de tal medicação, e até o seu abandono no caso em referência, em que a sífilis perturba um dos mais delicados orgãos da economia.

Arsénio: Os sais de arsénio são de resultados admiraveis no arsenal anti-luético. Ninguem contesta êsse valor, antes todos o reconhecem. Duma maneira geral, podemos dizer que os arsenicais são, dentre os medicamentos de combate á sífilis, os que gosam duma mais inérgica e rápida acção. E' notavel o seu poder cicatrizente.

Por êstes diferentes carateres se vê a utilidade máxima, inconfundivel dos arsenicais em certos períodos e em determinadas formas da sífilis. Assim

se aconselha o arsénio, logo no alvorecer da avariose, como um poderoso tratamento de ataque. E mais tarde, a sua acção cicatrizante chama-o em pleno terciarismo da sífilis.

Mas se depressa actuam os arsenicais, depressa, tambem, os seus efeitos se atenuam. Que tal sucede, assim o parece demonstrar algumas recidivas de acidentes, após o tratamento. Talvez se possa afirmar, então, que o arsénio rapidamente actuando e sendo um cicatrizante de grande valor, não é, talvez, definitivamente curativo. E' um excelente remédio, indispensavel muitas vezes.

Mas, tambem, nem sempre praticavel. E' que, mesmo que se podesse apregoar a sua utilidade, sempre igualmente notavel, em toda e qualquer forma de sífilis, muitas vezes se tem de o abandonar, lançando mão doutros medicamentos.

E isto, porque os compostos arsenicais são bastante tóxicos. Pondo de parte aquelas reacções, quasi sempre passageiras, que ás vezes se mostram a seguir a uma injecção endovenosa de neosalvarsan, por exemplo, e que quasi nunca contra-indicam a aplicação de mais injecções, a verdade é que se reconhecem, e sobejamente, vários acidentes, surgindo logo ao começar ou no decorrer dum tratamento arsenical. Acidentes — que umas vezes, uma pretensa intolerância do doente tenta demonstrar, explicados outras vezes, por uma maior sensibilidade para êstes agentes; tantas outras vezes atribuidos ora a uma imperfeição de tecnica seguida, ora a aplicação de arsénio em doentes insuficientemente estudados — êsses acidentes, cuja patogenia pode ter esta ou aquela etiqueta, são quasi sempre a consequência da própria toxidade arsenical. Variáveis em número e em gravidade, muitos são os

sinais que os podem traduzir parecendo, a maior parte das vezes, representar uma reactivação de sintomas específicos. Mas outros e múltiplos sintomas se podem mostrar, nem sempre explicaveis pela reacção de Herxheimer.

De todas estas considerações que venho de fazer, que nunca poderiam ter o direito de apoucar o merecido valor do arsénio, actualmente se vê que o seu uso é merecedor de muitos cuidados, tantos e tam graves são os acidentes a que com êle se podem sujeitar os doentes.

E' certo que nem todos os tratadistas veem naquelas contrariedades o fruto duma toxidade própria dos compostos arsenicais. Antes pretendem ver em tudo isto, e sempre, o resultado duma aplicação mal feita—ou porque não soubemos guiar bem a arsenoterapia, ou porque a utilisamos em doentes cujo estado a não admitia.

Para Sicard, por exemplo, a ideia da toxidade arsenical é tal, que chega a propor injecções quotidianas de neosalvarsan como tratamento da sífilis nervosa.

De modo algum poderemos seguir esta opinião. Se não nos é possivel rejeitar da terapêutica anti-sifilítica os arsenicais, tambem não é justo que os consideremos como Sicard. Usa-los só quando se podem usar, e nunca desprezando o cuidado de bem seguir o doente e os efeitos do medicamento. Minucioso deve ser, como em qualquer outro doente, o exame dum sifilítico. E' que não é indiferente indicar êste ou aquele preparado anti-sifilítico, embora todos pretendam o mesmo fim. Um sifilítico que muito possa vir a lucrar com a medicação arsenical, a ela se submeterá não apresentando factos que facilmente

poderiam provocar o exagêro do seu poder tóxico.

Esta hipernocividade dos arsenicais é quasi sempre o resultado da sua acumulação no organismo. Ainda mesmo que empreguemos, como devemos empregar sempre, só doses terapêuticas, e seguidas de modo a dar tempo á sua eliminação, esta poder-se-há não fazer por uma insuficiência dos emuntórios, muito especialmente do fígado e rins. Um mau trabalho dêstes orgãos, se algumas vezes não proìbe em absoluto o tratamento arsenical, obriga-nos sempre a fazê-lo com extrema cautela.

Mas estas considerações não bastam. Não nos é permitido desprezar o estado de muitas outras partes do organismo. Assim, conhece-se a facilidade com que as alterações cardio-vasculares podem exacerbar o papel nocivo dos compostos arsenicais.

Neste exame geral, não nos devemos esquecer, tambem, das cápsulas suprarenais. Em face dum sifilítico mostrando algum ou alguns sinais que se possam atribuir a um mau trabalho daquelas glândulas, o uso dos arsenicais é perigoso. E' que as cápsulas suprarenais, regularisando a tensão arterial, neutralisam ainda as substâncias tóxicas. São hoje bem conhecidas essas duas principais funções: angiotónica e antitóxica. Um sifilítico em que estivesse enfraquecido o trabalho das suprarenais, diminuido o seu poder antitóxico e angiotónico, mais apto, portanto, a sofrer a acção inergicamente vaso-dilatadora da maior parte dos compostos arsenicais usados na terapêutica, muito poderia ser prejudicado com uma medicação tam nociva. E nociva ela é ainda, em muitos outros casos.

A quantos e quantos doentes não devemos acon-

selhar êste tratamento, lembrando-nos nós que os arsenicais teem propriedades congestivas e hemorrágicas!

Muitos são os compostos colocados na terapêutica anti-sifilítica, tendo por base o arsénio. Mas nem todos teem a mesma simpatia. Uns, por exemplo, mostrando-se-nos duma notavel acção terapêutica, são possuidores, tambem, duma grande toxidade, outros, dum bem-fazer mais modesto, tambem não expõem os doentes a tam graves incómodos. Se êstes são por vezes incapazes de combater um grande mal, aqueles podem, por vezes, agrava-lo ainda. Dêstes, uns necessitam para seu uso duma complicada técnica; outros, ao contrário, empregam-se com uma maior facilidade. E neste desejo de enriquecer a terapêutica duma das mais espalhadas doenças, medicamentos teem aparecido em que a sua utilidade e os seus inconvenientes em nada diferem da utilidade e inconvenientes que sempre mostraram outros primeiramente conhecidos.

Daqui se compreende o motivo porque alguns produtos foram totalmente abandonados ou são muito pouco usados; e porque outros se utilisam, com mais ou menos cautela, consoante a sua maior ou menor toxidade.

Entre os primeiros — menção se pode fazer, por exemplo, do atoxil, arsacetina, salvarsan, luargol, galil, etc. A acção curativa do atoxil é incontestavel, mas incontestaveis são tambem as suas propriedades neurotrópicas, muitas vezes traduzidas por perturbações oculares bastante graves; por isso se abandonou. A arsacetina gosa, como aquele, do mesmo poder e tem os mesmos perigos. O salvarsan, pri-

meiro empregado em injecções subcutâneas e intramusculares, mais tarde, e porque menos perigos oferecia, em injecções endovenosas, a pouco e pouco foi abandonado mercê da delicada técnica que exigia o seu uso. O galil o luargol tambem não conseguiram grande popularidade, porque em tudo eram equivalentes a alguns outros compostos arsenicais, que os médicos de há mais tempo se tinham habituado a manejar.

Entre os segundos — podem figurar a hectina, o hectargírio e o enesol, o sulfarsenol, o neosalvarsan, os cacodilatos e o arrenal. A hectina parece que não é muito tóxica; no entanto, tem sido causa, em muitos casos, de perturbações auditivas, como a surdez. O hectargírio e o enesol são compostos em que há associação do arsénio e mercúrio. Como se sabe, é muitas vezes util submeter os doentes á acção do arsénio e do mercúrio. Mas nem todos orientam o tratamento do mesmo modo. Enquanto que alguns terapeutas veem no uso simultáneo do arsénio e mercúrio um belo processo terapêutico, outros preferem alternar os preparados, ora dando um, ora dando outro. Como quer que seja, a utilisação do hectargírio e do enesol deve ser feita sempre com cuidado.

A associação daqueles agentes não vem, certamente, inferiorizar a sua toxidade. O sulfarsenol é mais usado que êstes últimos. E com certeza, por causa da aproximação com o enxofre, admiravel agente de que mais tarde falarei. No entanto, não é despido de inconvenientes; é necessário ter com êle os cuidados que se reclamam para qualquer dêstes compostos. Dentre êste grupo de arsenicais, utilisaveis mas bastante tóxicos, é sem dúvida o neosalvarsan aquele a que mais das vezes se recorre. Tendo

sido introduzido no organismo por varias vías—subcutánea, intra-muscular, rectal e endovenosa, nem todas hoje são aconselhadas. Ficaram apenas as duas últimas, a menos perigos expondo que as primeiras. Frequentemente se prescrevem hoje os supositórios de neosalvarsan. Não fica isento de acidentes êste processo de medicar o neosalvarsan, nem é duma eficácia tam grande como a que se obtem por via endovenosa. Em muitos casos, porém, grande valor poderá ter a sua indicação. Naqueles, por exemplo, em que julgando util o emprego do arsénio, não é precisa uma intensiva e inérgica acção, que pode ser até prejudicial; naqueles ainda, que por falta dumas boas veias, impossivel se torna aplicar o neosalvarsan em injecções.

Não é para desprezar, tambem, o modo um tanto cómodo como se pode fazer o tratamento, antes é para aproveitar, e sobretudo, quando longe do médico vive o doente. Mas quer seja aplicado em supositórios, clisteres, quer em injecções endovenosas, de qualquer modo o neosalvarsan é tóxico, embora mais, certamente, por êste último processo.

Veem agora aqueles que mais facilmente se podem manejar, e mas facilmente porque são os menos nocivos. Foi sobretudo Armand Gautier que mostrou a acção favoravel dos cacodilatos e do arrenal. Neles é intacta a sua acção bactericida, e o poder tóxico do arsénio inferiorirado pelo carbono orgánico, com o qual é associado. Porque são então pouco tóxicos, por êles devemos muitas vezes iniciar um tratamento arsenical, por mais modestos que sejam os seus efeitos anti-sifilíticos.

Dêste modo se reviu, ainda que a traços largos, os principais compostos arsenicais. E desprezando

uns, aconselhando outros, vimos que de todos os que mais frequentemente se usam, são o neosalvarsan, os cacodilatos e o arrenal. A mais se poderia estender o uso, mas êstes são os principais.

Resta perguntar agora: êles podem ou devem ser aplicados no tratamento da sífilis hepática? Conforme. Se umas vezes o seu uso é cautelosamente aconselhado, outras, porém, é absoluamente proìbido. Tudo depende da qualidade da sífilis e do estado do doente.

Não havendo sinais nítidos de insuficiencia hepática, e sendo bom o estado geral do doente, poder-se-há fazer o tratamento arsenical, sempre com cautela, é claro, começando-o por doses muito pequenas e escolhendo, as mais das vezes, os produtos-menos tóxicos. Iniciaremos assim o tratamento pelos cacodilatos ou o arrenal; e dêstes, sendo possivel, passaremos ao neosalvarsan, ou por êle abriremos o tratamento seguindo com extremo cuidado o doente, que dos arsenicais deve alheiar-se ao menor sinal de intolerância.

Mas se a sífilis chegou já a inferiorizar claramente o trabalho hepático, a despeito mesmo dum regular estado dos outros orgãos emuntoriais e do organismo em geral, melhor será abstermo-nos de tal tratamento. E' claro que estando as funções hepáticas enfraquecidas, a eliminação medicamentosa é deficiente; a sua consequente acumulação já sabemos o quanto tem de grave. E sobretudo utilisando os arsenobenzois, como o 914.

No decurso dum tratamento feito por êste composto, muitas vezes se tem observado fenómenos, como a ictericia. Esta ictericia sifilo-terapêuticas, be-

nignas ou graves, representando um acidente tipico, ou traduzindo um fenómeno reaccional de natureza específica, mostra-nos êste hepatotropismo de que gosam, principalmente, os arsenobenzois. A usa-los, se obrigados somos a verificar a integridade funcional de vários orgãos, impõe-se particularmente o estudo das funções hepáticas. E escusado será já dizer que o tratamento iniciar-se-há por doses as mais pequenas, suficientemente espaçadas as injecções para bem se dar a eliminação arsenical. Êstes conceitos são duma notavel importância; despreza-los, é o mesmo que expôr os doentes a perigos, tantas vezes irremediaveis.

Há anos, por exemplo, o Prof. Tiago de Almeida observou em Hamburgo um doente a morrer com uma degenerescência aguda do fígado, apresentando uma icterícia intensa, hematúrias e púrpuras. Vinte dias antes êste doente tinha feito cinco ou seis injecções de neosalvarsan, muito proximas umas das outras e em doses elevadas.

Vê-se, pois, que um sifilítico em que o fígado se encontra desviado do seu viver normal, por causa da sífilis, ou por qualquer outro motivo, muito tem a recear duma terapêutica arsenical.

A' minha doente, de modo algum eu poderia indicar a arsenoterápia. E' certo que as suas primeiras análises urológicas não eram dum fígado tam doente, como os dados clínicos o demonstravam. Mas como noutro logar disse, as informações laboratoriais, importantes que são, não bastam para nos permitir aconselhar ou proìbir a instituição dum tratamento. Não fica por aqui, no entanto, a ideia de que a minha doente nada poderia lucrar com o tratamento arsenical. E' inutil relembrar agora, o estado da do-

ente. Bastar-nos-há a informação do mau trabalho dos rins e a suspeita dum ataque suprarenal, para termos o direito de negar o emprêgo do arsénio, que a doente não poderia tolerar.

Noutros casos de sífilis, em que o desiquilíbrio funcional hepático não é muito alarmante poder se-há, quando muito, utilisar dos compostos arsenicais os menos nocivos. E bem estudada a sua tolerancia poder-se-há, se possivel, depois passar a compostos mais activos como o neosalvarsan, mas nunca esquecendo os perigos de que pode ser causa.

Mercúrio: A despeito do descrédito que por vezes passou, acusando-se noutros tempos de inutil, e até perigoso, o mercúrio é, sem dúvida, o verdadeiro remédio da sífilis. Remédio curativo e mesmo preventivo. Assim o consideram hoje todos os sifilígrafos, que teem notado que a mercurialisação, logo após o cancro, diminue a freqüência do terciarismo e afrouxa notavelmente a intensidade das lesões secundarias, que chegam a passar despercebidas, ás vezes.

Mas não fica por aqui o seu papel. O mercúrio possue além desta acção específica sôbre o elemento patogéneo da sífilis, outras propriedades, que convem citar. Ele é um belo antiseptico. E' ainda de manifesta acção diurética, quando administrado, sobretudo, por via endovenosa; por isso que, bem manejado, é capaz de surpreendentes efeitos na maior parte das afecções renais e hepáticas. E' ainda um admiravel reconstituinte. Este facto tem tanto maior importância, quanto é certo que a sífilis depaupera sempre o organismo.

E contra esta anemia sifilítica, o mercúrio actua

poderosamente, tal como o ferro na clorose. Com razão dizia Ricord, a propósito desta semelhança terapêutica, que o mercúrio era *le fer de la vérole.*

Possuindo tantas e tam boas qualidades, o mercúrio está longe de ser um composto inofensivo. A muitos acidentes pode dar origem. Se é certo que o mercúrio é muitas vezes util ao doente, muitas vezes dêle podendo colher surpreendentes benefícios, com certa frequêncir, tambem, êle é capaz de provocar perturbações várias, umas mais, outras menos graves.

Para indicar o mercúrio, como qualquer outro agente, é mister conhecer, e bem, o doente. E conhecer bem um doente a quem queremos oferecer aquele agente anti-sifilítico, é sobretudo ter presente o estado do aparelho digestivo, fígado e rins. Mesmo em doentes em que o aparelho digestivo nos parece íntegro, muitas vezes se nota o aparecimento de sinais de estomatite, de perturbações gastro-intestinais, ainda que ligeiras. E' conhecida a particular afinidade do mercúrio para as células do rim. Por isso, cuidados especiais nos merece êste emuntório e ainda o fígado, se acaso não queremos, por um mau funcionamento seu, expôr o doente a fenómenos de intoxicação.

Pode-se dizer, para remate destas considerações, que as contrariedades observadas no decorrer dum tratamento mercurial, devem-se, as mais das vezes, a uma má indicação, a que não poucas vezes é extranho um certo desleixo do doente que não toma em conta os conselhos que o médico, a propósito, sempre faz.

De muitos modos se faz a introdução do mercúrio noorganismo. Podemos, assim, escolher a via que

melhor convem segundo o doente e segundo a intensidade com que se quer fazer o tratamento.

A via digestiva está hoje um pouco posta de parte, pois é dêste modo que mais frequentemente se observam as perturbações gastro-intestinais. Mas vigiado o doente, e possuindo êste um aqarelho digestivo trabalhando bem, por vezes é possivel conseguir, seguindo esta via, uma boa medicação anti-sifilítica. E assim se vem usando, e de longe, o xarope de Gibert, a solução de lactato neutro de mercúrio, licor de Van Swieten, etc.

São muito aconselhados, e usados, os supositórios mercuriais, que admiraveis resultados oferecem, em certos casos.

De um uso corrente na medicação anti-sifilítica, figuram hoje, tambem, as clássicas fricções mercuriais, que vem sendo consideradas como um bom meio de administração do mercúrio, sobretudo nas creanças, que bem as suportam.

Estes processos de que venho a falar, uteis e necessários para o tratamento em certos casos, noutros seriam duma notavel insuficiência. Constituem um meio mais activo de tratamento as injecções, que se utilisam com preparados mercuriais soluveis ou insoluveis, segundo o estado do doente e as condições em que é possivel fazer o tratamento.

Podia ainda citar associações, mais ou menos felizes, do mercúrio com outros agentes anti-sifilíticos. Êstes preparados, porém, nenhuma superioridade parecem oferecer aos já conhecidos do clássico tratamento anti-sifilítico.

Era o mercúrio o composto que naturalmente havia de ser indicado no meu caso, como de resto em qualquer outro em que, como na minha doente, o fí-

gado era o orgão lezado por excelência. Utilisar, por exemplo, compostos arsenicais, dum hepatotropismo conhecido e duma acção tão brutal, era prejudicar a doente. Os cirróticos, como se sabe, são uns intoxicados; precisamos, por isso mesmo, de procurar os compostos menos tóxicos. E são os compostos mercuriais os que conveem; mas utilisando-os sempre muito cuidadosamente e interrompendo a medicação ao menor sinal de intolerância.

Nas hepatites sifiliticas aconselham-se, sobretudo, as injecções intra-musculares de sais soluveis ou injecções intra-venosas de cianeto de mercúrio. A' minha doente deram-se injecções intra-musculares de benzoato de mercúrio. O resultado foi nulo, o que facil era de prever, dado o estado do fígado e a natureza do seu mal. E' certo que a medicação mercurial foi feita por pouco tempo, nunca se podendo esperar os resultados que em geral se obtêm com um tratamento feito demoradamente e progressivamente inérgico. Aqui, porém, não se poderia seguir tal caminho. Uma série apenas de injecções de benzoato foi o bastante para deixar ver a intolerância da doente para a presente medicação.

Veem-se hoje aconselhando muito os supositórios mercuriais, pela razão que o mercúrio assim absorvido por via rectal directamento é levado á região doente. Citam-se, tambem, as hóstias de calomelanos, sendo esta medicação, a um tempo, diurética e anti-sifilítica, e segundo alguns ainda colagoga.

E nisto se resume uma parte do tratamento que melhor convem indicar a uma hepatite sifilítica. Não se poderia utilisar uma medicação pouco intensa como as fricções, que nada dão em casos graves, embora em algumas hepatites sifilíticas haja autores,

como Gerhardt e Boix, que dizem ter obtido bons resultados á custa das fricções mercuriais, quando cuidadosamente feitas e prolongadas; nem se poderia preconisar uma medicação exclusivamente por via gástrica, porque isso seria o mesmo que exacerbar as perturbações digestivas que de longe a doente apresentava. Quanto ás injecções de compostos insoluveis, como o óleo cinzento, embora em geral bem toleradas, aqui não convinham. Não convinham aqui e sempre que a eliminação do agente terapêutico é enfraquecida; pois se há a temer fenómenos de intóxicação em doentes como a minha, mesmo oferecendo-lhe produtos soluveis, peor ainda utilisando compostos insoluveis. Abusar do mercúrio em semelhantes casos, em vez de favorecer a desaparição das manifestações da doença, antes se vai favorecer as suas recidivas e exagerar a sua gravidade.

Vê-se, pois, que o mercúrio é um excelente medicamento e indicado, de preferência a qualquer outro, em hepatites de natureza luética. Dêle pode o sifilítico, quando não há contra-indicação de emprego, colher optimos benefícios. No men caso, contudo, tal bem-fazer não se poderia esperar.

Um insucesso de tratamento, aqui, por mais inérgica que fosse a medicação, se inérgica ela pudesse ser, nunca seria de extranhar, e isso porque o seu mal era já muito avançado, irredutivel.

Iodo: Os compostos iodados, nomeadamente o iodeto de potássio, de longe se veem utilisando no tratamento da sífilis. Sôbre o mecanismo da sua acção opiniões, bem diversas, ainda se mostram, apezar de universalmente se reconhecer a sua utilidade na avariose.

Não se discute a acção depurativa e antitóxica que possue o iodeto. Todos sabem, ainda, pela acção que tem sôbre o tecido linfoide, o papel admiravel que desempenha como exaltador dos meios de defeza do organismo. Mas a ideia de que o iodeto é capaz de dissolver o mercúrio, contribuindo para a sua eliminação, parece estar abandonada. Hoje, a razão da sua utilidade na sífilis, explica se mais pelo seu poder anti-sifilítico, que alguns terapeutas afirmam ser extraordinário. Só assim se poderiam compreender casos de cura, sobretudo casos de terciarismo, pelo iodeto, na ausência absoluta de quaisquer outros compostos anti-luéticos. O iodeto não deve, pois, considerar-se apenas como um precioso adjuvante desta ou daquela medição anti-sifilítica. Êle deve ser tido — a observação assim o permite afirmar — como um excelente produto de combate á sífilis, util em qualquer período, mas mais no terciarismo.

A medicação iodada pode dar acidentes, mas em geral passageiros, excluindo os casos, bem entendido, em que está contraindicada, tais como as laringopatias, a impermeabilidade renal, os estados congestivos.

O iodo pode ser administrado pela bôca, em clisteres e em injecções. A via de introdução no organismo, a mais usada, é a primeira, que só se abandonará em proveito duma das outras em casos de intolerância gástrica absoluta.

A minha doente tambem tomou iodeto de potássio. Assim o reclamava a natureza do seu sofrer; pois, como se sabe, êle constitue a melhor medicação anti-esclerosa. Mas, razões que noutro logar expuz, ao citar os resultados do tratamento mercurial, aqui se poderiam naturalmente repetir. O mal da minha

doente, já tam adeantado, irredutivel se mostrou, como era de esperar, á medição prescrita, a única aconselhavel.

Enxofre. Na revisão que venho fazendo dos vários tratamentos da sífilis, de modo algum poderia esquecer a citação do enxofre. Os compostos sulfurosos não possuem a menor acção sôbre a sífilis. Mas, graças ás suas propriedades, em certos casos dêles temos de lançar mão, tam lisongeiros são os resultados da sua intervenção.

Os compostos sulfurosos activam todas as funções, estimulam a pele, a circulação e a secreção urinária; parecem ter, ao mesmo tempo, uma acção reconstituinte e uma acção antitóxica. Apressam, ainda, a iliminação do mercúrio.

Por estas propriedades, facil é compreender o extraordinárso uso dos sulfurosos, como notaveis adjuvantes da medicação específica. Êles evitam, muitas vezes, no decorrer dum tratamento anti sifilítico, fenómenos de intoxicação; e permitem a instituição de tratamentos mais intensivos sem que, contudo, haja a temer acidentes.

Á sua custa se veem mercurialisando os doentes mais á vontade. Ultimamente, tambem se notou que o bismuto era melhor suportado, mesmo em altas doses, quando simultaneamente se submetiam os doendoentes a um tratamento pelas águas sulfurosas.

Se são variados os meios medicamentosos de que a terapêutica dispõe para o combate da sífilis, esta infecção fica ainda, na maior parte dos casos, uma doença incuravel. Podemos, é certo, atenuar-lhe os efeitos, podemos mesmo obter o que se chama a cura

clínica, mas da afecção que curamos não ficam a prejudicar o doente apenas as alterações anatómicas impossiveis de fazer desaparecer.

Fica mais, a eminência dum novo ataque do agente patogénico. A «therapia sterilisans magna» que Erhlich julgou obter com os arsenobenzois, fica ainda o ideal a atingir por aqueles que se dedicam ao estudo do tratamento da sífilis. E, como refiro a propósito de cada um dos medicamentos, o seu emprêgo não pode ser indiferente ao clínico, porque se todos teem virtudes, todos tambem teem inconvenientes. Pelo estudo cuidado do doente conseguir-se-há evitar, tanto quanto possivel, êstes últimos E isto não é para a sífilis senão a aplicação a um caso particular do velho aforismo médico: na clínica não há doenças, mas doentes.

ESCOLA PRIMARIA SUPERIOR BIBLIOTECA BARCELLOS

CONCLUSÕES

1.ª — Num sifilítico nunca se deve desprezar o estudo do seu fígado.

2.ª — O diagnóstico da sífilis hepática não pode, em muitos casos, ser afirmado com segurança.

3.ª — Para fazer o diagnóstico de sífilis hepática influe mais o estudo dos diferentes aparelhos organicos do doente, que as indicações directamente colhidas do fígado.

4.ª — A sífilis do fígado pode dar todos os graus de insuficiência hepática.

5.ª — Para o exacto conhecimento do grau dessa insuficiência é indispensavel o concurso do laboratório.

6.ª — O tratamento da sífilis hepática tem de ser feito cautelosamente, e só é verdadeiramente eficaz quando precocemente instituido.

Visto.

Thiago d'Almeida,

Presidente

Pode-se imprimir.

Alfredo de Magalhães,

Director

C. M. B.
BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

Adolfo Lindenberg. «Gazeta Clínica». S. Paulo, 1921.

Alberto de Aguiar. «Questões de urologia». Porto, 1903.

A. da Rocha Pereira. «Reacção de Wassermann». (Tese do Porto), 1911.

A. Pimenta de Castro. «Alguns doentes de Clínica Médica». (Tese do Porto), 1910.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1924.

António Moreno. «O óleo cinzento no tratamento da sífilis». (Tese do Porto, 1910.

A. Martins Moreira «Os sais de bismuto no tratamento da sífilis». (Tese do Porto), 1922.

António G. Pacheco. «Insuficiência hepática». (Tese do Porto), 1905.

Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. 1923.

Brulé. «Recherches sur les ictères». 1922.

Bulletin de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1923.

Collet. «Précis de Pathologie Interne». Paris, 1920.

Elísio Milheiro, «Amoniúria e amino-acidúria». (Tese do Porto) 1923.

Émile Sergent. «Études cliniques sur l'insuffisance surrénale». 1920.

E. Alves de Azevedo. «Febre sifilítica». (Tese do Porto), 1907.

Francisco Coimbra. «A reacção antitriptica e o seu valor para a diagnose do cancro». (Tese do Porto), 1914.

G. Lion. «Clinique Thérapeutique». Paris, 1920.
«Consultation pour les maladies des voies digestives». 1920.

Gaucher. «Syphilis des viscères».

Gougerot. «Le traitement de la syphilis en clientèle». 1920.

G. Dieulafoy. «Manuel de Pathologie Interne». 1920.

Guilherme A. P. da Cunha. «Insuficiência hepática». (Tese do Porto), 1901.

Hernani Monteiro. «Sífilis hepática». (Tese do Porto), 1915.

J. d'Oliveira Magalhães. «Febre na sífilis». (Tese do Porto), 1919.

La Presse Médicale. 1916, 1922, 1923, 1924.

Le Journal Médical. 1920.

Leredde. «Traitement et prophylaxie de la syphilis». 1921.

Portugal Médico. 1922.

Roger. «Physiologie normale et pathologique du foie». 1922.

Teixeira Leite Lobo. «Um caso de sífilis hepática terciária». (Tese do Porto), 1920.

Tiago de Almeida. «Lições de Clínica Médica». I e II vol. 1913, 1922.

biblioteca
municipal
barcelos
3508
Um caso de sífilis hepática