

ARTERIO-SCLEROSES E SÍFILIS

PROF. ULYSSES NONOHAY.

OS FATORES

Os fatores são múltiplos, quasi sempre associados, talvez nunca únicos.

Eu me permito assim, para não estender, talvez sem limite, a resposta ao inquérito, e para torná-la possível dentro do tempo, restringir tão somente à Sífilis.

De fato, a arterio-sclerose é um complexo e, talvez, mais bem definido, um todo.

“Reuille de la Vie”, como já foi chamada, ela é o estuário de todos os agentes de decomposição, das mortes sucessivas, que hão de culminar no seu desaparecimento.

E, assim, em primeiro lugar estão os agentes diatésicos, que, a começarem pela hereditariedade, cujo papel deve ser dos mais relevantes, continuam pelos vícios adquiridos, as intoxicações de toda ordem, infecciosa ou alimentar, e vão terminar por aqueles, ainda mal estudados, mais sentidos que compreendidos na sua materialidade impalpável, dos fatores psíquicos.

Sabe-se como até Harvey se pensava que as artérias conduziam, em vez do sangue, o fluído vital.

Teoria de Galeno, gênio entre os maiores, escondia na sua metafísica todo o mundo imenso de uma observação verdadeira, demonstrada agora no papel nutridor dos tecidos.

Por esta síntese, tão conhecida, se compreende facilmente quanto deve ser infinita a variedade dos casos de arterio-sclerose, no tempo e na etiologia, na expressão clínica e no prognóstico, na constituição histológica e na fisio-patologia.

Deve haver e há os maiores extremos e toda uma imensa quantidade de intermediários.

Parece, pelo interrogatório proposto, por exemplo, que há maior interesse em fixar os casos ditos precoces, embora seja difícil admitir precocidade naquilo que não tem comêço fixado.

Entre indivíduos centenários ou quasi, que cessam de viver por simples esgotamento de funções, como uma vela que se apaga, ao terminar, ou por uma doença intercorrente e que, entanto, nunca apresentaram uma sintomatologia dominante de arterio-sclerose e simples crianças, como o caso de Huchard, com morte no quarto ano de vida por aquela afecção, há toda uma série de intermediários.

Limitando, por isto, o assunto ao quadro de sífilis, que me sabe melhor, talvez assim mesmo eu apenas consiga abrir as fundações, com muitas falhas, entanto — parte pela premência do tempo, parte pelo fato de ter de me contentar com a

memória de observações que não foram arquivadas — muito porque para problema de tal magnitude só a arquitetura de Mestres!

Dentro dêstes limites, eu procurarei demonstrar: 1.º) que a Sífilis é um dos fatores, diretos e indiretos, mais poderosos e mais frequentes, da arterio-sclerose; 2.º) que a arterio-sclerose, dita precoce, é produção exclusiva ou quasi da Sífilis; 3.º) que, neste sentido, não se errará, considerando a arterio-sclerose, às vezes, no quadro da parassífilis ou sífilis quaternária; 4.º) quanto, nestas condições, o tratamento conveniente da Sífilis, crônico e preventivo, poderá retardar a formação da arterio-sclerose.

§ I.º

1) Não pertence a mim a prioridade da afirmativa, ou, antes, a suspeita, de todo o imenso papel da Sífilis na criação da arterio-sclerose.

Já Romberg afirmava o seguinte: “Não vira mais arterio-scleroses nos Sifilíticos do que fóra da Sífilis”.

Porém, logo acrescenta: “Na clínica de Munich, para uma percentagem de 10,1 de Sifilíticos, encontrara arterio-sclerose em 6,5 % dêstes e em 23 % dos portadores de sífilis vascular”.

E, então, acrescenta: “*A possibilidade do desenvolvimento da arterio-sclerose sobre os processos sifilíticos não deve ser abandonada, sobretudo após as pesquisas experimentais de Plat, Mulzer e Neuburger*”. (Nota — O grifo é meu).

Por seu lado, as percentagens da estatística são das maiores, excedendo de 60 % na Sífilis não vascular e compreendendo quasi um quarto da vascular.

E si não bastasse, ainda insiste Romberg nas pesquisas neste sentido e refere os trabalhos principais aparecidos sobre o assunto.

Assim...

2) A anatomia patológica das arterites sifilíticas pouco se distingue das dos processos de arterio-sclerose, sem Sífilis.

As diferenças de começarem as primeiras pela túnica externa dos vasos e as últimas pela interna desaparecem quando o processo avança.

Depois, muitas vezes, na Sífilis a endarterite domina, outras a panarterite, isto é, o vaso é atacado em todas as suas túnicas.

Deguy, no “Tratado de Fournier”, diz o seguinte: “Dos detalhes que precedem pode-se deduzir que seja sempre possível reconhecer a olho nu e ao microscópio si tal arterite é de natureza sifilítica? Certamente não.

Em muitos casos se deverá contar com probabilidades.

Reunamos, entretanto, os caracteres essenciais da arterite sifilítica, opondo-os aos de arterites de outras origens.

Um dos melhores é a sua localização eletiva, e, às vezes, exclusiva, sobre as artérias da base do cérebro.

As suas lesões si são muitas vezes circunscritas, são de todo parciais e, entretanto, bastante intensas.

Quando ela são mais disseminadas e se estendem aos ramos corticais, torna-se muito delicado se pronunciar sobre a sua natureza; elas coexistem habitualmente com alterações histológicas difusas das meninges.

Encarando-as no seu conjunto, pode-se dizer que elas têm por efeito espessar as paredes, estreitando o calibre vascular, e que da sua natureza elas são fibrosas, muito antes que caseosas e quasi nunca calcáreas.

Quanto ao que pertence à adventícia, é na verdade pouco frequente que a análise histológica descubra si a presença de nódulos gomosos, sífilomas nodulares

suficientemente característicos para permitirem uma afirmação; quando o fato se apresenta, concebe-se facilmente o seu valor.....

A endarterite sífilítica é caracterizada pelo seu desenvolvimento, muitas vezes enorme, por sua evolução plástica sem degeneração graxa em ilhotes, sem depósitos calcáreos.

A panarterite aguda, com a sua infiltração celular difusa, abundante, parecendo produzida de um modo tumultuoso com desorganização rápida das túnica arteriais, parece, até prova do contrário, imputável somente à Sífilis.

A panarterite esclerosa tira o seu "cachet" sífilítico a seu caráter puramente escleroso, à ausência de depósitos graxos e calcáreos, à presença de nódulos embrionários; mas esta forma impõe, entretanto, uma *certa prudência* na afirmação".

Depois de dizer que a dificuldade principal do diagnóstico anatómico da arterite sífilítica vem da sua *confusão possível e, às vezes, quasi inevitável* com o ateroma, acrescenta: "A análise histológica das artérias ateromatosas permite reconhecer que no processo que lhes altera a textura, a degeneração vai de par com a neoformação e, frequentemente, domina esta última.

Desde as pesquisas de Cornil e Ranvier, sabe-se que o ponto de partida das lesões é "uma endarterite caracterizada histologicamente pela multiplicação das células da túnica interna e pela formação de uma substância intercelular, resistente, vagamente fibrilar, que dá logo à membrana uma consistência cartilaginosa".

Si fôra somente isto, nada distinguiria o ateroma da endarterite específica.

Porém, de um modo muito precoce, e isso, sobretudo, na parte profunda da túnica interna, na camada que borda a lâmina elástica, aparecem granulações graxas, muito finas e cerradas, que enchem as células fusiformes e estreladas.

Estas granulações engrossam, confundem-se: aí se misturam cristais de ácidos graxos, de colesterina, de sais calcáreos; as células se arredondam, perdem os seus prolongamentos e se fundem em um caldo, que é o ateroma.

A substância intercelular se torna também finamente grânulo-graxa.

As cavidades ou focos ateromatosos estão situados, de ordinário, na periferia da túnica interna; elas podem romper a membrana elástica e invadir a muscular, donde o enfraquecimento marcado das paredes.

Muitas vezes, tôda a espessura da túnica interna hiperplasiada sofreu esta degeneração, o que lhe confere uma tinta opaca, amarelada e um certa friabilidade.

A túnica média é atingida de esclerose; a adventícia igualmente e aí se notam fileiras de células redondas.

As pesquisas de Hipólito Martin chamaram a atenção sobre as lesões de arterites que apresentam os "vasa-vasorum" que percorrem a túnica externa aos pontos correspondentes aos focos de ateroma".

Em suma, parece que a principal diferença que existe entre as arterites específicas e da arterio-sclerose esteja nos depósitos de sais graxos, colesterina e calcáreos, sem se poder negar que, com o tempo, aquelas venham a apresentá-los também.

Fôra daí, os processos são semelhantes, iguais mesmo, de princípio inflamatórios — depois degenerativos, sclerosiformes.

3) Ainda Deguy diz o seguinte: "Mas depois de haver bem notado os fatos, cuja existência material é indubitável, é legítimo se perguntar qual a significação dêste ateroma.

Trata-se de uma doença definida e individualizada das paredes arteriais, que se deve realmente opor às outras arterites?

E' de origem infecciosa, tóxica, ou ligado secundariamente ao fenômeno da hipertensão arterial habitual, como quer Huchard?

Qual é a sua relação com a arterio-sclerose de Gull e Sutton?

Esta última não é senão um estado de ateroma, correspondente à proliferação endarterial que precede a degeneração?

E' uma forma da mesma afecção, que se apresenta nos vasos de pequeno calibre, então que os grossos seriam atingidos de ateroma típico?

Não tem ao contrário nenhuma relação com o ateroma, assim como admite Josué, baseando-se, sobretudo, em pesquisas experimentais?

Na hora atual, é impossível dar uma resposta satisfatória a tôdas essas questões...

Sem fugir da reserva que reclama um julgamento em matéria tão árdua, pode-se admitir que o ateroma e a arterio-sclerose estão, muito provavelmente, em relação com infecções diversas, duma parte, e em relação com intoxicações, doutra parte — intoxicações, seja por venenos exógenos, seja por venenos endógenos, nascidos, por exemplo, do funcionamento viciado do intestino ou dos emunctórios, ou das glândulas de secreção interna.

Que se trate de uma arteriopatia banal, provinda de causas múltiplas ou de diversas arterites crônicas e degenerações arteriais que nós confundimos, à falta de sabê-las distinguir ainda, pouco importa, de momento.

Eu creio que entre as causas múltiplas desta arteriopatia, não é irracional, ao contrário, é admissível e plausível, fazer figurar a Sífilis, agindo diretamente ou indiretamente por lesões de órgãos provocadas por ela.

Nesta maneira de ver, a Sífilis poderia lesar as artérias de duas maneiras: 1.^a) suscitando por seu virus próprio alterações específicas, que vão constituir a arterite sífilítica; 2.^a) provocando as lesões mais banais do ateroma, seja por seu virus, seja indiretamente.

Poder-se-ia perguntar si, quando ela se manifesta sob essa segunda forma, não é indício de que outras condições etiológicas vieram associar a sua ação à dela.

Considerar que a Sífilis possa ser uma das causas do ateroma é seguramente avançar uma hipótese, cuja prova é difícil de ser fornecida.

Porém esta hipótese acha um apóio na circunstância de que em numerosos casos, em certas localizações e, notadamente, na aorta e grossos troncos arteriais, *a distinção entre as lesões etiológicamente atribuíveis à Sífilis e as que necessariamente dependem de outras causas é de todo irrealizável*.....

A conclusão que me parece se impor é que as lesões que a Sífilis provoca nas artérias são, ora, características e facilmente reconhecíveis, ora, menos nitidamente diferenciadas, ora, enfim, em certas localizações e em certas condições tão exatamente sobrepostas às do processo dito ateromatoso que se tem o direito de contar a Sífilis entre as causas do ateroma".

4) Marchand, por sua vez, atribue a arterio-sclerose a um transtórno nutritivo da parede arterial, em consequência do seu desgaste.

Para Jorus, trata-se de um metabolismo insuficiente da parede arterial, que se faz notar em outros elementos sanguíneos, como a colessterina e os esterres dos ácidos graxos.

Widhaus achou a colessterina aumentada de seis a sete vezes e os esterres de vinte a vinte e seis vezes.

Não será temerário afirmar que nas arterites sífilíticas se façam desde logo sentir êsses fenômenos, possíveis às artérias sãs e, nestas condições, nas específicas se enxertem, de preferência, os processos arterio-sclerosos.

E', talvez, mesmo, esta circunstância que contribue, em grande parte, para a mais precoce identificação dos dois estados, infeccioso e degenerativo, conforme a larga descrição feita neste trabalho.

5) Si, sob o ponto de vista patogênico e anátomopatológico, as lesões das arterites na Sífilis e na arterio-sclerose se confundem, impressionante é ainda como, em consequência, a fisiologia patológica aproxima a infecção da afecção.

Dividindo, como Deguy, as perturbações secundárias pelas tûnicas, vê-se que a endarterite tem por efeito provocar a isquemia nos territórios irrigados.

E com isto há a insuficiência, a miopragia dos órgãos, a claudicação intermitente das extremidades, ou, si a artéria é terminal, a necrobiose que, quando no cérebro, se traduz pelo amolecimento.

Na tûnica média, ao contrário, como é elástica e muscular, as artérias apresentam dilatações e mesmo a formação de diversos aneurismas, culminando, às vezes, em hemorragias muito graves ou mortais.

A periarterite tem por efeito principal estender e difundir o processo inflamatório aos tecidos vizinhos.

Afora estas consequências, por assim dizer diretas, ligadas ao estado dos vasos, há as que dependem do simpático periarterial, seja por lesões das fibras, seja por qualquer processo geral que perturbe os centros ou os gânglios.

De quanto, pelo ponto de apêlo local, as arterites sifilíticas concorrem para a arterio-sclerose dizem Hochaus e Liebermeister nestas palavras: "De um modo secundário se desenvolve com muita frequência, especialmente nas pessoas de idade avançada, uma pronunciada arterio-sclerose, às vezes tão exagerada que resulta difícil reconhecer o processo primitivo".

Por sua vez, o professor Martelli, no seu excelente livro "Sífilis ignorada e estranha", diz o seguinte: "O problema de arterio-sclerose, tão frequente e difundida como o expõe Leredde, está em admitir que nem todos os arterio-sclerosos são sifilíticos, mas que muitos podem sê-lo, a começar do ateroma heredo-luético.

E já que os sinais clínicos não permitem diferenciar uma pseudo arterio-sclerose sifilítica da verdadeira arterio-sclerose não específica, e do momento em que o conhecimento da causa etiológica influe sobre a terapêutica e quicá diretamente sobre a saúde e a duração da vida, ocorre absolutamente acertar-se com os métodos de laboratório e ver si em todo o arterio-scleroso não se esconde, porventura, um sifilítico ignorado".

§ II.º

1) Si na anatomia patológica das arterites sifilíticas se encontra facilmente a razão porque a Sífilis tanta vez pode servir de leito à arterio-sclerose, si, por outro lado, a sua fisiologia patológica tem de se confundir com a da afecção e, com isto forçar, como quasi sempre sucede, os erros de diagnóstico, ainda mais impressionante se torna essa relação de causa e efeito no que tange às arterites viscerais.

E' tôda uma terra ignota êsse problema, pois, em geral, as descrições das manifestações viscerais específicas se contentam em separá-las pelos órgãos, em preferir a caracterização sintomática à anatômica.

Entretanto, fóra as do período secundário, tôdas as demais da heredo e do terciarismo, quando não provocadas pelas gomas, se caracterizam, geralmente, pela sclerose através das lesões arteriais.

Compreende-se, assim, como indiretamente a Sífilis pode concorrer para a arterio-sclerose, provocando as insuficiências e meiopragias orgânicas, que, quando assentadas nos emunctórios, favorecerão enormemente as intoxicações endógenas, de tão larga responsabilidade naquela afecção.

Sem querer estender muito esta questão, trataremos do rim, como tipo, não só pela frequência, por tantos ignorada, das nefrites sifilíticas, como, também,

porque elas muitas vezes constituem, com o coração, uma forma semelhante, ao extremo, à cardiorrenal da arterio-sclerose.

Não é erro pensar-se que, com o tempo, e à falta de um tratamento conveniente, esta forma venha a ser, por assim dizer, substituída pelo processo arterio-scleroso.

Deixando à parte a classificação de nefroses e nefrites de Volhard, que nada têm a ver no problema em estudo, contentemo-nos em focar a esclerose renal pura, à base de alterações vasculares, e constituindo as duas formas ditas “hipertensiva pura benigna, consistente na esclerose dos vasos renais e hipertensiva combinada, maligna, ligada à associação da esclerose vascular com a nefrite” (Martelli).

Sobre a sua frequência diz aquele autor: “Disso se deduz claramente a possibilidade prática de que toda a nefrite possa ser ligada à Sífilis e de que parece lógico o conselho de Leredde: em todos os casos e espécies de nefrites crônicas, o médico deve pensar sempre na lues e procurá-la por todos os meios, compreendidos os do laboratório, tentando ainda, com as cautelas necessárias, a terapêutica específica para observar os resultados”.

As provas biológicas (reação de Wassermann) não demonstrado, nestes últimos anos, que a frequência da Sífilis nos doentes de nefrites crônicas *sobrepassa toda a imaginação* (Leredde), tanto que Letulle e Bergeron não encontrado em 46 casos 12 vezes o Wassermann positivo e Arcangeli o mesmo, em 57 % dos seus casos.

Poder-se-ia objetar, como lembra Martelli, que muitos sifilíticos tenham nefrites de outra origem, porém também muitas nefrites sifilíticas não são acompanhadas de Wassermann positivo — o que igualmente equilibra e torna real a frequência.

Há, ainda, para aumentar a possibilidade de erro diagnóstico, o fato de que as nefrites sifilíticas podem se apresentar, a princípio, com uma forma aguda, muito facilmente confundida com as infecciosas, de preferência da escarlatina (Balzer), e, depois, ser seguida de nefrosclerose.

Outras vezes é esta primitiva.

Uma observação de Martelli e a história de outro caso pessoal ilustrarão perfeitamente o tema.

OBSERVAÇÃO — Operário de trinta anos, de constituição regular e sem precedentes notáveis, familiares e pessoais remotos. Não tem abusado das bebidas alcoólicas e porque as condições locais lhe permitiam há habitado sempre casa enxuta e não se há exposto a causas reumatismantes. Aos vinte anos, durante o tempo do serviço militar, recorda-se de haver tido uma pequena lesão na glândula, a qual desapareceu com qualquer medicação praticada por um farmacêutico e sem que houvesse procurado outro meio de cura; casado aos vinte e seis anos, teve dois filhos raquíticos e a mulher, a princípio florida, tornou-se, em seguida, anêmica e passou a sofrer de menorrágia. Não tinha tido ocasião de examiná-lo antes, quando, pouco depois ele ao voltar de uma viagem, difícil, sob a chuva e frio úmido, fui chamado urgentemente para tratá-lo. O fôlego um pouco úmido, uma pequena dispnéia desproporcionada com a módica elevação febril (38,5 graus), o abatimento, o pulso tenso, a diminuição das urinas — fizeram-me, imediatamente, pensar em uma nefrite aguda. O exame da urina, que revelava uma grande quantidade de serina (10,70 gramas por mil), uma numerosa cilindrúria hialina, granulosa e epitelial e uma forte retenção de azoto (a uréia tinha descido a 8 gramas e pouco por mil, advertiram-me que se tratava de uma forma grave, com forte tendência para a insuficiência renal e para a uremia. Unicamente, a variada terapêutica posta rapidamente em uso para abrir os rins e reativar as suas funções (sudoríficos, purgantes, diuréticos) ocupou o primeiro tempo de tratamento; ainda

assim, no dia seguinte a quantidade de urina continuava diminuída, a albumina aumentada (12,5 gramas por mil) e a dispnéia mais intensa indicavam claramente que os rins tendiam, cada vez mais, a se debilitarem e que a intoxicação urêmica, ou, mais rapidamente, o edema pulmonar não tardariam a fechar o triste quadro. A ausência de antecedentes infecciosos nefritogênicos, a rapidez da forma atual e a grande quantidade de albumina me faziam duvidar de uma forma banal, reumática, de nefrite aguda; a existência de numerosos cilindros hialinos, a presença de pequenos sinais de brightismo (formigamento na pele, dedo morto, inchaço matinal das pálpebras, etc.), confirmados pelo enfêrmo e pela sua mulher, convenceram-me tratar-se de uma nefrite crônica, reaguçada. Além disso, uma minuciosa indagação clínico-anamnética do doente, da mulher e dos dois filhos, nos quais existiam estigmas de Lues, asseguraram-me da existência da Sífilis. A questão praticamente interessante era decidir si se tinha de tratar de uma nefrite crônica banal, reaguçada no sífilítico — em cujo caso a terapêutica específica deveria irritar ainda mais os rins — ou, então, de uma nefrite específica sífilítica, para a qual o mercúrio traria a salvação. Não duvidei tratar-se desta última hipótese e, já que não havia tempo a perder, injetei com o entusiasmo dos anos juvenis — agora começarei gradualmente com os sais solúveis — cinco centigramas de calomelanos. Os rins abriram-se como por encanto, a urina aumentou à vista de olhos e, com isto diminuíram gradualmente a dispnéia e os outros sinais de intoxicação urêmica; continuando o tratamento, a saúde não tardou a reflorir.

HISTÓRIA — No meu caso, tratava-se de uma senhora, que aos treze ou quatorze anos adoeceu gravemente de uma nefrite aguda. Chamado para atendê-la, eminente professor diagnosticou escarlatina frusta e fez o tratamento habitual médico-dietético, que foi seguido de melhoras. Sempre, porém, as urinas apresentavam albuminúria, que era atendida com o regime alimentar rigoroso e medicação sintomática apropriada. Os anos foram passando, aquele estado crônico foi quasi sendo esquecido, quando a doente casou e teve a primeira gravidez, que foi seguida de aborto. Nova se lhe seguiu, sendo que, durante elas, o regime, como era natural, se tornara mais rigoroso e era acompanhada dos diuréticos, etc.

Dedois do nascimento da filha, começaram os primeiros sinais de desfalecimento cardíaco, com taquicardia, às vezes alarmante, abafamento de tons, etc. O coração iniciava o seu processo, seguido de hipertrofia, que se ia acentuando. Atendendo-a nessa ocasião, insisti no tratamento específico, contra o opinião de vários colegas. Baseava-me, não só na marcha do caso, como, também, numa inegável hereditária, que culminara já no aborto espontâneo, à primeira gravidez. A doente resolveu ir à Europa e em Paris consultou as maiores autoridades em cardiologia, as quais contraindicaram o tratamento específico. Ao voltar, no mesmo estado, entregou-se aos meus cuidados e eu comencei a medicação pelos mercuriais. As melhoras se foram acentuando, cada vez mais, para o coração e para os rins e a doente, hoje, está destes restabelecida.

Precisando de uma intervenção cirúrgica, há pouco fez os necessários exames de laboratório, tendo duas análises de urina revelado dosagens normais, densidade ótima, nada de albuminúria ou outro qualquer elemento anormal. Não fôsse feito o tratamento específico e certo a uremia, o edema pulmonar ou uma dilatação aguda cardíaca, haveria fechado a cena e o atestado de óbito consagraria arteriosclerose cardiorrenal. E' possível que, no fim, a anatomia patológica o confirmasse, porquanto, muitas vezes, o processo da afecção se enxerta sobre o infeccioso.

2) Eis como a clínica confirma a influência etiológica da Sífilis na arteriosclerose — de um lado, mascarando-a, doutro, — servindo-lhe de leito.

Dir-se-á que esses fatos são mais comuns nas formas precoces, atendendo que as manifestações específicas não guardam relação com a idade.

Não há dúvida de que isto constitue um dos caracteres mais preciosos de diferenciação.

Porém, não é absoluto, pois muitas vezes as nefrites, mesmo específicas, surgem já na velhice, da mesma forma que as arterites cerebrais, culminando tantas vezes nas hemorragias bruscas, mortais, ou na criação de focos de amolecimento.

Outro meio de diagnóstico entre as Sífilis vasculares e a arterio-sclerose está na hipertensão, que é, nela, muito mais acentuada.

Ainda aí, entretanto, nem sempre se verifica isso, porque, através do sistema endocrínico-simpático e da forma, este fenómeno é também muito comum na infecção.

Tôdas estas considerações tendem a demonstrar como os processos mórbidos se assemelham, se confundem nas duas doenças e, portanto, como diretamente, pelo apêlo local, ou indiretamente pela manifestação viscerais, heredo e terciárias, a Sífilis é um dos mais poderosos agentes da arterio-sclerose.

§ III.º

1) Si as arterites sífilíticas são diretamente, por sua constituição histológica, muitas vezes as precursoras do ateroma e das arterites da arterio-sclerose, si, por outro lado, quando viscerais, elas acrescentam àquela ação a indireta, através das insuficiências orgânicas, ou, como nos rins, pelas barreiras do coração periférico — não menores são as facilidades da Sífilis na produção da arterio-sclerose, por intermédio do aparelho endocrínico, ou, antes, endocrínico-simpático.

Estudando as relações daquela infecção com este setor orgânico em uma série de memórias que levei ao Congresso Sul-Americano de Montevidéu, eu mostrei que toda a tentativa séria de patogenia daquela moléstia devia começar por apreender o modo de vida do parasito e colocá-lo em relação com as manifestações clínicas do mal.

Evidenciei neste sentido como eram acordes os estudos fazendo o treponema, logo após a sua penetração no organismo, invadir os gânglios.

Não só os da proximidade do contágio revelavam este ataque, pelas reações tão conhecidas, como quasi todos, senão todos, as revelam, logo após, constituindo isto um dos caracteres mais constantes dos dois primeiros períodos da Sífilis.

Mostrei, mais, que nos seus periodos latentes, a Sífilis, durante muito tempo, é diagnosticada pela persistência das adenopatias, exclusivamente, e cuja punção dá margem ao encontro dos treponemas.

Cheguei, assim, facilmente à conclusão de que eram os gânglios, as mais superficiais das glândulas endocrínicas, os órgãos em que aqueles parasitos se acoitam e em que se multiplicam para realizarem a invasão do organismo.

Da mesma forma, continuando a estudar a vida do parasito dentro do organismo, pude mostrar que em tôdas as autópsias de casos de Sífilis, adquirida ou hereditária; eram sempre as outras glândulas de secreção interna que tinham a preferência na riqueza de treponemas, seja provocando dentro delas reações mais ou menos violentas, seja, ao contrário, admiravelmente tolerados.

Evidenciei mais que, conforme os estudos de Entz, Gierke e tantos outros, os treponemas levavam a sua preferência pelas células glandulares ao ponto de as parasitarem, vivendo incluídos dentro delas, como os ematozoários de Laveran no interior das hemácias.

Quanto ao seu modo de transporte para as diversas regiões onde iam se desenvolver e multiplicar para provocarem as manifestações clínicas do Mal, era realizado através das vias linfáticas, dos nervos e dos vasos sanguíneos.

Mostrei que, segundo todos os autores, o sangue era um meio impróprio para o treponema, que só nele penetrava quando arrastado pelo vis a tergo.

Também, apenas se lhe tornasse possível, pela demora da circulação nos capilares, o treponema abandonava o sangue, emigrando ativamente através da parede do vaso.

Clinicamente evidenciei que, na evolução da Sífilis, muitas manifestações revelavam aquele ataque às glândulas de secreção interna.

Seria interminável referi-las tôdas nesta síntese retrospectiva.

Entre outros, porém, seja-me permitido citar a alopecia secundária, perfeitamente imputável a uma alteração tireoideia, não só por sua perfeita identidade, como, também, porque o sinal de ônibus do professor Fournier é o mesmo sinal de Levy-Rotschild da alopecia ciliar tireoideia.

Há em tôdas as manifestações gerais que acompanham o período secundário sinais manifestos de intervenção das glândulas de secreção interna, desde a suprarrenal nos sintomas adinâmicos; a tireoide na alopecia e na tífese específica, à hipofise, a cuja congestão muitos autores atribuem a cefaléia.

E são as manifestações cutâneas, dependentes da preferência do treponema pelo corpo de Malpighi, parte do sistema da linfa e origem das vias linfáticas, que tôdas podem se enquadrar dentro do sistema endocrínico, sejam as manifestações mucosas como as do faringe, onde há células hipofisárias, e assim por diante.

Mostrei ainda que, ao lado dessas e outras manifestações que atestam a invasão das glândulas de secreção interna, outras há desconhecidas, porque não pesquisadas, e também porque às vezes elas podem ser ricas de treponemas, sem reação alguma e também porque há o sistema para-glandular, que compensa, quando não invadido, muitas perturbações do desequilíbrio endocrínico.

E para demonstração melhor do fato está a Sífilis hereditária, onde as glândulas de secreção interna, apenas se esboçando, não resistem à invasão treponêmica, tendo a prova nos fetos abortados, onde elas são, mais que todos os órgãos, riquíssimas de parasitos.

Quando circunstâncias favoráveis permitem a sobrevivência, são ainda aquelas glândulas, que nas distrofias, nas monstruosidades e nas afecções crônicas, mostram que são órgãos preferidos dos treponemas, verdade posta em relêvo, entre outros, por Hutinel.

Completando o meu primeiro trabalho apresentado à Sociedade de Medicina de Porto Alegre com outros capítulos, constituindo uma Memória levada à Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro e publicada nos "Arquivos Brasileiros de Medicina", eu fiz um estudo sobre a hereditariedade da Sífilis, que com aquelas levei ao Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia, realizado em Montevidéu no ano de 1921.

Então, focando o problema, tão obscuro, da hereditariedade mórbida, eu mostrei que a transmissão hereditária se admite geralmente, sem discussões, nas moléstias que atingem os dois grandes aparelhos da economia: o sistema nervoso e o sistema endocrínico.

Ora, si entre tôdas as doenças microbianas ou parasitárias só há a Sífilis cuja hereditariedade não sofre dúvidas, é que ela ou é assim, não por uma qualidade singular do seu agente, porém por sua séde num daqueles dois sistemas.

E como as manifestações da sua hereditariedade atestam a intervenção do segundo, certo é que a Sífilis é, antes de tudo, uma infestação parasitária das glândulas de secreção interna.

Da mesma forma, quando se aceita a congenitalidade da infecção, atendendo a que o treponema mede duas vezes e meia a cabeça do espermatozóide e não pode com êle penetrar no óvulo, ainda há a hipótese, muito plausível, de que, arrastado

com o espermatozoide, ele se multiplica nas proximidades do óvulo, que pouco após invade, quando não exista já dentro dele, pelo fato da infecção materna primitiva.

Mostrei ainda no meu trabalho como a evolução da Sífilis, suas fases sucessivas e diversas, a pobreza do sangue em parasitos, mesmo nos períodos mais ativos da infecção, etc., tornava insubsistente a crença de que ela fôsse uma septicemia.

Como toda a doença primitivamente local, ela o poderia tornar-se alguma vez, por exceção, da mesma forma que a pneumonia ou a febre tifóide, que não deixam, por isso, de ter a sua sede anatômica no pulmão ou no intestino.

Produtiva por um parasito animal, a Sífilis também tem sua sede nas glândulas de secreção interna, donde nos seus períodos de atividade pode invadir o organismo, seja em parte, seja em totalidade.

E o único reduto em que poderia acotar-se a velha concepção da Sífilis infecção do sangue seria a sua imunidade absoluta, sem exemplo, e que geralmente todos aceitam.

Porém, este mesmo dogma tem sido batido pelos casos de reinfecção, cada vez mais frequentes, por mais fáceis de serem postos em evidência e pela admirável conclusão de Finger, quando diz que não pode compreender como um organismo seja imunizado para o treponema exógeno, quando não o está para o endógeno.

E, mais que tudo isto, a imunidade que se atribue à Sífilis, e que só deve cessar quando ela esteja radicalmente curada, não é a imunidade que se conhece para todas as infecções, a qual começa justamente quando está em via de cura ou curada.

2) A prioridade desses trabalhos sobre as relações da Sífilis com as glândulas de secreção interna talvez me pertença, ao menos nesta forma quasi absoluta por que encarei o problema.

Muitos outros trabalhos mais tarde surgiram, mostrando a ação eletiva da Sífilis pelas glândulas de secreção interna.

Lê-se em Martelli que alguns pensaram em treponemas endocrinótopos.

“Na verdade, a questão tem limites mais modestos, si se quiser, mas mais antigos e profundos, e se resume em uma especial predisposição que alguns organismos apresentam à infecção luética no seu sistema endocrínico, analogamente a quanto sucede para os outros síndromas e espécies como o hematopoietico.

Pode-se começar por admitir, com Schulmann, que o treponema, invadindo o organismo, por via nasal, ache nas glândulas endocrínicas um terreno escolhido e extremamente vascularizado; e que, seja do ponto de vista clínico, como anatomo-patológico e experimental, a Sífilis das glândulas de secreção interna vá se iluminando cada vez mais e conquistando crédito e partidários”.

Depois de dizer que o prático tem da endocrinologia uma idéia quasi mística e desconhece quasi completamente o polimorfismo da Sífilis, afirma o seguinte:

“Resumindo o apaixonado estudo da questão, há acôrdo que a Sífilis ilumina muitos e variados síndromas endocrínicos.

Tal luz poderá vir a ser ainda mais brilhante no futuro e pôr em claro pontos ainda obscuros da patologia humana, si práticos e cientistas — com serena mente, livre de preconceitos e exageros dos poetas da Medicina — queiram e saibam separar o joio do trigo da Sífilis clássica e especializada, encarando o problema com olhos de biólogo”.

Diz-me a consciência que eu assim encarei o problema, segundo o resumo das minhas Memórias.

Nem só a imaginação faz os poetas, os quais também sabem cantar a verdade...

3) Era natural que, dadas as relações íntimas entre o sistema nervoso vegetativo e o sistema endocrínico, parecendo ambos constituir um só, eu tivesse a lembrança de fazer um trabalho de pesquisa das manifestações vago-simpáticas da Sífilis.

Sob o título geral de "Nevroses do sistema simpático", escreve Fournier no seu memorável "Tratado":

"Não é somente o sistema cérebro-espinhal aquele sobre o qual reage a Sífilis. O sistema simpático ou ganglionar pode ser experimentado por ela e o é bastante frequentemente, no período secundário.

E' do seu fato, bem seguramente, que aparecem em cena, nesta fase da infecção, diversos sintomas mais ou menos estranhos pouco notados até aqui, pôsto que muito comuns, ou, pelo menos, ficando desconhecidos quanto à sua origem

Gênio entre os maiores, não lhe escapou a patogenia daqueles estados, em uma época em que as memoráveis experiências de Pourfour du Petit e Claude Bernard pareciam totalmente esquecidas.

Por sua vez, Ricord afirmara o seguinte:

"Si a medicina humoral devesse desaparecer, bastaria à história da Sífilis para rehabilitá-la".

Fournier apenas descrevia aqueles estados.

Ligando, porém, as suas conclusões ao ponto de vista da minha Memória "Do Simpático em a Sífilis" deve salientar a precocidade com que estas reações sobrevêm, apenas no período secundário, a sua rebeldia ao tratamento, o que mostra que o sistema simpático é um dos últimos redutos de defesa do treponema, a frequência, principalmente nas mulheres, cuja razão ignoro.

Devo, entretanto, acrescentar que, si as reações fortes, aparentes, são assim comuns, que não sucederá com aquelas que só se mostram quando procuradas, agora mais facilmente com as provas farmacológicas, o reflexo óculo-cardíaco, etc.

Já se esboçam na literatura médica os primeiros trabalhos sobre o assunto e, nestas condições, está a Memória de Levy Frenckel e E. Justor.

Há, também, outras em que não se fala em sistema simpático, porém nas quais se descobre facilmente a sua intervenção.

No meu trabalho, depois de abordar o problema em toda a sua extensão, despreendendo o fator simpático em muitos estados mórbidos, ligados à Sífilis, eu acrescento uma série de observações próprias, onde, sem escolha prévia do doente, as provas farmacológicas e o reflexo óculo-cardíaco demonstravam o ataque do sistema nervoso vegetativo, seja com uma sintomatologia mais ou menos abundante, seja sem ela, e, portanto, sob uma forma latente.

São tão impressionantes os resultados que eu termino a minha Memória com esta frase:

"Ao futuro pertence afirmar si em toda a distonia vago-simpática se deverá suspeitar a Sífilis, ou si em todo o caso de Sífilis será necessário pesquisar a distonia vago-simpática".

Dentro deste critério, vamos estudar, como através do sistema endocrínico-simpático, por que tem ação eletiva, a Sífilis pode ainda ser um fator da arterio-sclerose.

4) Donzelot, em um excelente artigo nos "Arquivos de Doenças do Coração e da Aorta" (Março de 1938), sobre "A parte das endocrínicas nas hipertensões arteriais", diz o seguinte:

"Está na hora atual bem estabelecido que a regulação da tensão arterial é um fenômeno complexo, que depende, pelo menos, dos centros nervosos, do sistema neuro-vegetativo, do meio humoral das endocrínicas".

Já Vaquez, por seu lado, em 1904, atribue o processo hipertensivo à modificação glandular, especialmente suprarrenal.

Sabe-se que o processo não é assim tão simples e nele há sempre intervenção do sistema simpático, através do ramo suprarrenaliano do plexo solar, ou, como demonstraram as autópsias, de outras lesões, como as dos gânglios semilunares e esplâncnicos.

Além disto, como mostra Laignel-Lavastine, quasi nunca se trata de um síndrome único, pois há uma interrelação das mais estreitas entre as glândulas e entre elas e o sistema simpático, às vezes com participação do central.

Muito expressivo é o exemplo por ele citado, mostrando como é complexo o fenómeno e como o hiperfuncionamento glandular pode não ser por via motora.

“Um individuo, por intoxicação alcoólica, particularmente irritável ao sistema simpático, com a excitabilidade aumentada do seu orto-simpático, torna-se hipermotivo e se põe facilmente em cólera. Há emoções de fisionomia fisiológica e psíquica. Como reações secundárias sobre as suprarrenais, há um aumento da adrenalina fisiológica. Eis como uma excitação simpática arrasta modificações endocrínicas por intermédio do psiquismo”.

Por que, senão com brusquidão, pelo menos com frequência, infecções como a Sífilis, de tanta eletividade pelo simpático, não provocarão o mesmo fenómeno?

5) Nesta questão de glândulas de secreção interna o desequilíbrio quasi nunca é único e, ao contrário, é sempre múltiplo.

Para que se tenha uma idéia, eis como Donzelot refere a parte da hipófise na hipertensão arterial:

“Em relação direta como o diencéfalo, de que ela recebe a inervação e faz dela um órgão misto, ao mesmo tempo nervoso e endocrínico, a hipófise impregna, a seu turno, com as suas secreções, por uma tríplice via, bem posta em evidência por Rosny e Mosinger, o eixo nervoso e, em primeiro lugar o hipotálamo.

Por seus lobos anterior; intermediário e posterior, ela secreta numerosos hormônios ou estimulinas, que atuam sobre a tiróide, paratiróide, suprarrenal, ovário, testículo, pâncreas, glândula mamária, enquanto que outros atuam sobre o metabolismo das graxas, lipóides, glicósides...”

Em toda essa complexidade, qual a parte do seu desequilíbrio, através da Sífilis, nas perturbações dos metabolismos, que vão provocar a arterio-sclerose?

Basta para ilustração do assunto deste trabalho, salientarmos este síndrome trópico geral indeterminado, que Laignel-Lavastine faz síndrome endocrínico-simpático.

“E’ o mesmo que Lanceraux tinha sintetizado sob o nome de *herpetismo* para indicar o caráter fluxionário das manifestações que certos individuos apresentam.

O herpetismo se confunde com o artritismo e esta braditrofia chega com facilidade à sclerose.

Hoje, mudou de nome, mas é incontestável que continua a reinar.

Vidal o designou sob o nome de diátese coloido clássica.

Um ponto interessante é que nele há abaixamento de nível de excitação simpática, exagêro das sinestésias, das reações lisomotoras e secretórias (neuro-artritismo de Charcot”).

Não se ignora a larga parte que este síndrome tem na etiologia da arterio-sclerose.

Ignora-se tudo, e aqui fica como um ponto de interrogação, quanto concorre a Sífilis para a sua criação, através do simpático e das glândulas de secreção interna.

6) A parte mais direta e ativa do sistema nervoso simpático, como causa da arterio-sclerose, reside nos angioespasmos, fatores da hipertensão arterial.

Que se considere, como quer Huchard, êsse síndrome como o "avant-coureur" da arterio-sclerose, que se o tenha simplesmente como concomitante com ela, ou mesmo que a siga, certo é que a hipertensão arterial constitue o sintoma mais constante da afecção.

Entre as suas múltiplas causas, sobrelevam os espasmos arteriais, provocando as vaso-constricções e que tanto dependem do simpático.

Laignel-Lavastine divide os síndromas simpáticos circulatórios em três grupos: vasculares, cardio-aórticos e sanguíneos.

Aqueles, por sua vez, se subdividem em linfáticos, venosos e arteriais, sendo que estes apresentam ainda um subgrupo — os capilares.

Deixando à parte os primeiros e os segundos, ainda mal estudados e definidos, eis como Laignel-Lavastine fala dos capilares.

Clinicamente, a circulação capilar é propriamente artério-capilar, onde é incontestável o fator simpático, porque mesmo "nas últimas ramificações das pequenas artérias há ainda diminutas fibras amielínicas que chegam a êsses vasos".

O angioespasmo nesses síndromas e nos arteriais propriamente ditas chega ao estupor, na expressão de Veau e Leriche.

"Que é estupor?

E' essencialmente uma inibição.

Que é o estupor de Veau e Leriche?

E' uma modificação espasmódica essencialmente caracterizada por uma diminuição considerável da artéria e pela vaso-constricção dos pequenos capilares das adventícias e das paredes da artéria, de tal sorte que esta se torna completamente exangue".

O angioespasmo tem por efeito provocar as crises hipertensivas.

Porém, ao lado da ação mecânica, encontra-se sempre na hipertensão arterial, seja aguda, seja oscilante, seja permanente, hiperepinefria, hiperadrenemia, secreção que excita todo o ortosimpático.

No meu trabalho "Do simpático em a Sífilis" eu já dizia o seguinte:

"Na sua inimitável precisão, já Fournier, o Mestre, dizia que a Sífilis amarra as artérias.

E, com efeito, ninguém ignora quanto estes órgãos são vítimas da Sífilis.

E bem! Poderá haver outras causas que expliquem essa preferência. Porém, quero crer que, entre elas, prima a sua riqueza de fibras do sistema nervoso vegetativo, regulando a vaso-dilatação ou constricção.

Em ponto maior, o fato é nítido nas aortites, provocando fenômenos dolorosos à distância, mercê da metameria, ou mesmo fenômenos anginosos, e, em ponto menor, talvez explicando certos sintomas cerebrais sem lesão, puramente vasculares, como sejam tonturas, cefaléia, etc.

Ainda no número de Março do corrente ano (1923) do "Journal Medical", Milian, em um artigo sob o título de "Os princípios do tratamento de Sífilis", diz o seguinte: "Quando todos os casos forem terminados, si os acidentes retrocederem inteiramente, si a sua reação é tornada negativa, o doente será deixado em observação. Isto é, que todo o tratamento será suspenso e que cada dois meses, no comêço da Sífilis, cada três meses, nos períodos tardios, o paciente será reexaminado, sob o duplo ponto de vista, serológico e clínico. Sob o ponto de vista clínico, pele, mucosa, unhas, sistema nervoso, coração, tensão arterial (a hipertensão isolada sendo um verdadeiro estigma específico), serão passados em revista".

E esta hipertensão isolada, que é um dos últimos fenômenos clínicos a desaparecer, ou, então, um dos primeiros a abrir a cena de atividade da Sífilis, não é produzida por fenômenos de vaso-constricção, dependente do sistema nervoso vegetativo?

7) Longe de mim afirmar que só a Sífilis possa através do sistema nervoso simpático pela hipertensão, criar todo um terreno favorável, fazer o leito da arterio-sclerose.

Com a prudência necessária em questões nunca tratadas amplamente, como esta, e que exigem para demonstração ainda tudo, eu quero, apenas, partindo da ação eletiva da Sífilis sobre o Simpático, salientar como hipótese científica a sua ação, que demanda ser estudada e aprofundada para um juízo mais seguro de tão interessante problema médico!

Para justificar este anelo, não há melhores palavras que as de Laignel-Lavastine nas suas magníficas lições no Hospital de Pieté:

“Nós parecemos repassar nos mesmos lugares, porém é um andar a mais; elevamo-nos pouco a pouco; vamos dar razões mais intensas, porque já é alguma coisa ter acrescentado, por exemplo, ao fator simpático um fator endocrínico, na constituição do artritismo de Charcot.

O grande resultado é ter esclarecido certos pontos, de forma que a Medicina, à medida que se complice, se torne mais simples.

Isto parece, talvez, paradoxal, mas há sempre alguma verdade no paradoxo!”

§ IV.º

Nem por se haver demonstrado, quasi exhaustivamente, a responsabilidade da Sífilis da criação da arterio-sclerose, se tem o direito de pensar que, fora dela, não haverá lugar para esta afecção.

Ao contrário: sempre o homem, na sua decadência vital, terá como expressão aquela doença.

As suas causas principais continuarão a ser as intoxicações de toda a ordem, os vícios orgânicos, o desgaste pelos anos dos tecidos e dos órgãos.

Ainda e sempre será uma verdade a sentença de Sêneca: “O homem não morre; mata-se”.

A Sífilis, no caso, será, assim, um dos muitos afluentes na constituição da arterio-sclerose.

Por suas preferências pelas artérias e pelo sistema endocrínico-simpático, aquela infecção apresenta as melhores condições de apêlo local e de ação indireta para apressar a degeneração calcárea dos vasos.

E', talvez, por isso, que, com a generalização cada vez maior da Sífilis, se vão tornando frequentes os casos precoces de arterio-sclerose, ou, pelo menos, com ela confundidos.

Não sei quem afirmou que os síndromas não são ligadas às causas, porém dependentes dos órgãos ou dos tecidos.

Tal é, no problema que me foi proposto, o caso, quando a Sífilis, além de preparar o terreno para a degeneração calcárea, mascara muita vez a grande afecção de Gull e Sutton.

Será, talvez, o mérito maior deste trabalho haver focado em conjunto esta questão das relações da Sífilis com a arterio-sclerose, ainda, infelizmente, restrita a observações parciais ou apenas afirmadas na sua complexa etiologia.

Eis porque eu declarei de início que não só a *Sífilis é um dos fatores diretos e indiretos mais poderosos e frequentes da arterio-sclerose, como esta da cinquentana ou de antes é produção exclusiva, ou quasi, daquela infecção.*

De fato, em toda a complexidade do problema da senectude, sobreleva-se como regra, uma média de anos, em que, com a decadência geral, se iniciam as perturbações da dinâmica circulatória, os ateromas e, por fim, a arterio-sclerose.

A Sífilis, pelas razões dadas, deve apressar esta finalidade e assim é que se explicam êsses casos de todos os dias, onde a hipertensão, as manifestações cardiorrenais, a angina de peito, os ictus cerebrais, etc., aparecem já aos trinta, quarenta ou cinquenta anos.

Na sua preferência pelas artérias da base do cérebro e na sua tendência esclerosante geral, a Sífilis poderá ser ignorada na criação de amolecimentos cerebrais ou mesmo de outras doenças viscerais crônicas, porque se mostra rebelde ao tratamento específico.

E' que a infecção já é quaternária. A arterio-sclerose se constituiu sobre ela que, conforme a concepção de Fournier, passou ao quadro da parassífilis, em que a origem é a infecção, porém não o é a natureza.

Enfim, a última conclusão se demonstra por ela mesma, quando afirma que *o tratamento conveniente da Sífilis, crônico e preventivo, poderá retardar a formação da arterio-sclerose.*

— Lamento que não pudesse basear toda esta já longa dissertação em cifras, "tão mal comporta a biologia o rigorismo da matemática".

Infelizmente, também, são muito mal feitas as nossas demografias sanitárias.

Separando os óbitos pelos órgãos, em vez de o ser pelas doenças, torna-se impossível qualquer tentativa de estatística.

Abordado o problema, penso que pela primeira vez, das relações da Sífilis com a arterio-sclerose, na extensão em que eu o fiz e sob a angústia do tempo, eu tenho certeza de que não costurei, porém apenas alinhavi quanto me foi possível conseguir dos Mestres, da minha experiência e do meu raciocínio, para vesti-lo e honrar com isto o generoso convite com que fui distinguido.

Ao brilhante espírito de Helion Póvoa agradeço e felicito por êste inquérito sobre a arterio-sclerose, que, a-pesar-de tão velha como doença e a-pesar-de doença dos velhos, ainda apresenta aspectos tão ignotos e tão sugestivos.

Certamente o menor dêles não será êste das relações da arterio-sclerose com a Sífilis, que precisaria de um relator de mais envergadura para que lhe desse expressão e corpo e vida!

Pôrto Alegre, em 10 de Novembro de 1938.