

NEFROPATIAS SIFILITICAS.

por

ALVARO B. FERREIRA

Médico da Diretoria de Higiene do Estado

Meus Senhores.

O assunto escolhido para tema desta palestra é vasto, complexo e ainda grandemente controvertido. Todas as questões referentes á sífilis renal são ainda objeto de discussões, de interpretações diversas, de pontos de vista muitas vezes até opostos, que mostram bem quão complexo e intrincado é o problema da sífilis renal.

Quizemos aproveitar um caso que tivemos para lembrar os principaes aspectos desta questão, especialmente a parte referente á terapeutica especifica, para fazer um estudo em conjunto, uma observação global das principaes particularidades das nefropatias sifilíticas.

Queremos fazer notar que nossa observação do caso é incompleta, porque as condições do paciente não permitiram os exames de laboratorio, que eram de desejar, e porque o paciente, sentindo-se grandemente melhorado, não mais nos apareceu. Serve, entretanto, de motivo, de base para o trabalho que apresentamos á vossa apreciação e permite verificar os resultados do tratamento especifico empregado.

OBSERVAÇÃO: B. M., com 42 anos de idade, branco, casado, natural deste Estado, pedreiro. Apareceu-ne no consultorio, queixando-se de enfraquecimento, abatimen-

to, desanimo, ostealgias e mialgias multipas, e cefaléa, principalmente noturna. Fez-me saber que desde ha dois para tres anos sofre de uma nefrite cronica, da qual sempre esteve em tratamento, estando em regimen descloretado todo este tempo. Fica, ás vezes, levemente edemaciado, nunca, porém, d uma maneira acentuada. Acrescentou que tem um Wassermann positivo, não tendo, entretanto, nunca feito tratamento especifico devido á sua nefrite.

Os antecedentes familiares nada apresentavam de importante.

Nos antecedentes pessoases acusava, além das molestias proprias da infancia, uma sífilis adquirida ha muitos anos e da qual nunca tratou-se.

Fuma pouco, não bebe e sua vida sexual é normal.

Ao exame, notamos um individuo astenico, palido, magro, anemiado, desanimado, incapaz de qualquer esforço profissional. Acusava, á pressão, esternalgia, tibialgia, emfim ostealgias e mialgias diversas. Apresentava adenopatia multipla, inguinal, epitrocleana, cervical, constituida por ganglios pequenos, duros, facilmente perceptíveis. Temperatura normal. Pulso tenso, vibrante. Tensão, ao Vaquez, Mx. 16 — Mn. 9. Segundo tom aortico fortemente retumbante, clangoroso. Fígado e baço normaes. Uma reacção de Wassermann praticada foi fortemente positiva + + + O exame de urina revelou albuminuria inten-

Trabalho lido na sessão de 21 de Agosto.

Medicos
do
Interior



Quando vierdes a Porto Alegre, visita a séde do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, á rua General Camara 264, - 3.º andar.

Lá encontrareis um ambiente amistoso e agradável. Verificareis, tambem, como o Sindicato trabalha pela união e engradecimento da classe. Para isso ele necessita da colaboração de todos. Enviai sem demora, a vossa adesão.

sa, numerosos cilindros hialinos e granuloso e hematuria acentuada. A pesquisa de lipoides foi negativa. Infelizmente não foi possível fazer-se uma dosagem de uréia e creatinina e outros exames de sangue.

Estávamos, assim, em face de um paciente com uma afecção crônica renal e uma sífilis em plena atividade. Precisávamos em primeiro lugar determinar si se tratava de uma nefrose ou de uma nefrite.

A idade do paciente, 42 anos, é mais a favor de uma nefrite que de uma nefrose, que tem predileção pelos jovens. — Outro elemento contra a nefrose, e este de grande importância, é a quasi ausência de edemas, apresentada pelo paciente, pois sabemos que nas nefroses o edema é sempre muito acentuado, constituindo um dos seus característicos essenciaes, “o sintoma clinico mais patente e constante da doença” segundo Annes Dias.

A hematuria acentuada, verificada nos diversos exames de urina, é outro sinal desfavoravel á nefrose, que rarissimamente vem acompanhada de hematuria e nunca esta se apresenta abundante. A cilindrúria acentuada, também presente, não é igualmente comum ás nefroses, sendo quasi sempre ocasional. A ausência de lipoides verificada, também se manifesta a favor das nefrites, muito embora, ás vezes, sejam necessarias varias pesquisas sucessivas para que resultado seja positivo. Da mesma maneira a hipertensão, apresentada pelo paciente, é um sinal a favor da nefrite, em que a hipertensão é comum, ao contrario da nefrose em que a tensão é normal ou abaixo da normal. A albuminúria acentuada é comum ás duas formas, bem como a astenia, a anemia, as lombalgias, etc. apresentadas pelo paciente.

De grande valor seriam os exames de sangue diversos (como pesquisas da lipé-
Pela análise desses diversos sintomas ureia, creatinina, cloretos, etc.) que infelizmente não puderam ser feitos.

Pelas análises desses diversos sintomas catalogamos a afecção renal como — nefrite.

Deveríamos, agora, filiar esta nefrite á sífilis ou tratar-se-ia de uma nefrite evoluindo num sífilítico?

A presença da albuminúria intensa, da hematuria acentuada, rebeldes ao tratamento dietetico e não especifico, feitos durante tempo prolongado, a coincidência com uma aortite e com os outros sinais geraes fizeram-nos filiar a nefrite á sífilis.

A prova terapeutica confirmou nosso diagnostico de nefrite sífilítica.

Resolvemos então instituir o tratamento anti-sífilítico, tendo-nos decidido a empregar no inicio exclusivamente o 914. Fizemos 2 injeções de 0,15 e uma de 0,30 com 5 dias de intervalo entre cada uma, sem o minimo acidente. Na segunda injeção de 0,30, porém, o paciente teve forte reação, com cefalalgia intensa, elevação de temperatura, mal estar, estado nauseoso, que, entretanto, cedeu rapidamente. Voltamos, então, á dose de 0,15 novamente, que foi muito bem suportada. O exame de urina, feito no fim dessas 5 injeções, revelou albuminúria reduzida a traços e hematuria ainda acentuada. A cilindrúria desaparecera. O estado geral melhorara consideravelmente, as algias desapareceram, o desanimo, o abatimento decresceram, o paciente aumentou de peso. Infelizmente não me é possível completar a observação, pois o paciente sentindo-se muito melhorado, não mais voltou ao tratamento. Entretanto, já se pôde verificar quão util e proveitosa lhe foi a terapeutica especifica, mesmo para o estado renal, demonstrando que muito provavelmente sua nefrite era de origem luetica, como aliás já suspeitavamos ao analisarmos o caso.

Em presença de um caso assim o que importa, em primeiro lugar, é estabelecer si se trata de uma nefrite sífilítica ou de uma nefrite num sífilítico. Da solução desse problema depende a terapeutica e o prognostico, isto é, o futuro do doente. Esta distinção é importantissima porque das diversas especies de nefrites, a sífilítica é a unica, para cujo tratamento possuímos meios especificos, de resultados muitas vezes brilhantes, e cujo prognostico é frequentemente favoravel.

Não é, entretanto, facil, ás mais das vezes, fazer tal diferenciação por que a nefrite sífilítica não apresenta sinais proprios, particulares, patognomonicos que a caracterize e diferencie nitidamente das outras variedades de nefrites.

A lues pôde apresentar todas as variedades anatomicas, todas as formas clinicas das nefrites agudas, sub-agudas e cronicas. Ela pôde produzir a esclerose simples, a goma, a degeneração lipoidica, a degeneração amyloide, etc. Ela pôde apresentar o quadro da nefrose, da nefrite azotemica, hipertensiva simples, etc. Ela pôde lesar o rim em todos os seus periodos e mesmo na forma hereditaria.

1.º — A sífilis hereditaria renal pôde

afetar muitas e diversas formas, pôde ser precoce ou tardia, manifestar-se na creança, no adolescente, no adulto. "Sua marcha é caprichosa, com remissões e períodos de agravação, e geralmente lenta." (Annes Dias).

A fôrma precoce caracteriza-se, segundo Castaigne, por lesões atingindo o figado e os rins, é a fôrma hepato-renal, que evolue rapidamente, si não se institue o tratamento especifico e prolongado.

A fôrma tardia é uma albuminuria benigna da infancia, uma albuminuria ortostatica, uma meiopragia renal emfim, constituindo o que Castaigne chama de "Debilidade Renal". Quando é constatada, principalmente na 2.ª infancia, deve sempre fazer suspeitar a sífilis. E' frequente, segundo Castaigne, apesar de outros autores a negarem completamente.

2.º — Já no periodo primario da sífilis se pôdem observar lesões renaes, que, entretanto, não são frequentes.

3.º — E' no periodo secundario que se observa a nefropatia sifilitica em sua fôrma mais completa: albuminuria consideravel, edemas acentuados, com tendencia á generalisação, hematuria mais ou menos variavel, anemia, etc. Às vezes ha somente retenção clorurada, outras, porém, a impermeabilidade renal é total, podendo, então, surgir a uremia com toda sua sintomatologia. Às vezes sobreveem a morte, outras passa a nefrite á cronicidade, outras, emfim, sob a influencia do tratamento, obtem-se a cura. O tratamento necessita ser instituido precocemente e continuado por longo tempo, debaixo do maior cuidado. E' neste periodo secundario que mais comumente se observa a nefrose lipoidica, que pôde entretanto apparecer tambem, segundo Annes Dias, no periodo terciario e mesmo na sífilis hereditaria.

A nefrose lipoidica, evidenciada ha não muito tempo, adquiriu notavel importancia, graças principalmente aos trabalhos de Munk. Caracterisa-se anatomo-patologicamente por uma degeneração lipoidica do epitelio dos tubuli contorti.

E' menos comum que as nefrites. Pôde apresentar-se sob a fôrma pura, o que não é o mais frequente, (10% dos casos segundo Rosenberg) ou ser associada á nefrite. Neste ultimo caso verificam-se, então, ao lado das lesões tubulares, alterações glomerulares. Evidencia-se clinicamente por oliguria, albuminuria massiva, edemas acentuados, lipoiduria, lipemia, etc. A albuminuria, que

é constante, mantem-se em relação estreita com a retenção dos cloretos. O estado geral é atingido (astenia, palidez, indisposição, dores lombares, etc.) Algumas vezes observam-se perturbações digestivas e respiratorias, nota-se no sangue lipemia, hidremia, a taxa de hemoglobina mais ou menos a 50%, o numero de globulos vermelhos abaixados, a taxa de colestereina e fibrinogenio aumentada, o quaciente globulina-serina invertido em favor da primeira, as proteínas totaes diminuidas. Derrames cavitarios são frequentes, apresentando lipoides á pesquisa.

Rosenberg acha que a função renal se encontra completamente intacta nos casos de nefrose, havendo uma retenção extrarenal, aquosa e salina.

A nefrose é assim antes uma perturbação geral geral que uma afecção renal. E' uma alteração profunda do metabolismo das gorduras e proteínas, em que só secundariamente o rim é lesado. A albuminuria depende do grande abaixamento da taxa proteínica do sangue, como o demonstrou Epstein, conseguindo sua desaparição com uma dieta rica em proteínas, o que não se daria si a albuminuria fosse renal. A lipoiduria depende da lipemia, a lesão renal sendo secundaria, como mostrou Kasthe Dawey, que conseguiu lesões renaes semelhantes ás das nefroses, injetando endovenosamente uma emulsão de colestereina.

A nefrose se observa de preferencia na juventude e é especialmente frequente na infancia.

Sua etiologia é multipla, surgindo, entretanto, como primeira e principal causa a sífilis, vindo em seguida, com pouca frequencia de resto, a difteria, a tuberculose, a estafilococia, as disenterias, etc.

Algumas vezes é impossivel determinar o agente causal, sendo então a nefrose chamada genuina.

Rosenberg, em 39 casos, verificou 16 fôrmas genuinas, 16 lueticas, 3 diftericas, 2 disentericas, 1 tuberculosa.

O prognostico das nefroses é em geral bom. Suas complicações mais frequentes são a erisipela, os furunculos, o antrax, os flegmões e as septicemias decorrentes dessas complicações. A mais terrivel das complicações é a peritonite pneumococica, assignalada por Volhard.

4.º — No periodo terciario são geralmente as nefrites cronicas em todas suas fôrmas, que são encontradas.

Castaigne destaca, entretanto, dois tipos morbosos de nefrites que ele considera como particularmente especiaes á sífilis terciaria e que são: a) — a nefrite cronica albuminurica simples e b) — uma fórmula hepato-renal em que a nefrite coexiste com uma hipertrofia esclerosa do figado, identica á produzida pela sífilis hereditaria. Pasteur-Vallery-Radot diz que o que caracteriza a nefrite sífilítica cronica é a albuminuria massiga com edemas acentuados e irreductiveis. O prognostico dessas nefrites varia com a maior ou menor precocidade na instituição do tratamento especifico. Quanto mais antiga a lesão e mais tardiamente fôr iniciado o tratamento tanto menos probabilidades de cura.

Diversos autores procuraram classificar as nefrites sífilíticas segundo sua feição clinica.

Assim Waldorf e Behr dividem-nas em cinco grupos, Citron e Munck em tres, Chauffard e Lederich, só na nefrite cronica, distinguem 3 grupos.

Por ahi se verifica que a classificação clinica não é uniforme, acha-se ainda sujeita á controversias, que as classificações anatomicas são bem precarias e que a sífilis deve, como diz Annes Dias, "apenas figurar na lista das razões etiologicas."

Como dissemos, a nefrite sífilítica não apresenta sinaes proprios, caracteristicos, mas devemos sempre, com o maximo empenho, procurar despistal-a, o mais precocemente possivel, para obtermos um maior rendimento terapeutico.

Annes Dias acha que devemos pensar na sífilis:

1.º — Em toda albuminuria da 2.ª infancia.

2.º — Em toda nefrite hematurica.

3.º — Toda vez que defrontarmos uma albuminuria massiga.

4.º — Quando houver coincidência de poliuria com grande albuminuria.

5.º — Quando os edemas não cederem á dieta.

6.º — Quando existir lipoiduria.

7.º — Quando houver inversão da relação globulina-serina no soro sanguineo.

8.º — Quando houver lipemia accentuada.

9.º — Quando houver amiloidose.

10.º — Quando edema, grande albuminuria, hematuria e lombalgia coexistirem.

11.º — Quando uma nefrite coincidir com uma aortite.

Uma vez uma nefrite suspeita sífilítica

devemos recorrer a todos os meios possiveis para evidenciar-a, já utilizando as reações sorologicas diversas (Wassermann, Hecht, Jacobstal, Kahn e Meinicke), já pesquisando a lipemia e a lipoiduria, a albuminuria massiga, a hematuria abundante e tenaz, etc. Castex e Waldorf dão grande importancia a uma linfocitose acentuada na fórmula leucocitaria. Pailhard aconselha, afim de evidenciar o estado de debilidade renal de Castaigne, fazer uma injeção de ovalbumina, que acarretará uma albuminuria acentuada sómente nos meiopraticos renaes.

Encararemos, agora, a importantissima questão da terapeutica especifica, da escolha do medicamento mais indicado, sem entrarmos em considerações sobre o regimen dietetico, que fará sempre parte integrante do tratamento das nefropatias sífilíticas!

Qual o medicamento a que devemos dar preferencia no tratamento das nefropatias lueticas?

As opiniões aqui tambem divergem, dando uns preferencia ao mercurio, outros aos arsenicaes, outros enfim ao Bi.

Vejamos cada um separadamente:

1.º MERCURIO

Todos os autores reconhecem a acção toxica manifesta e intensa do Hg sobre o rim.

Rosemberg evidencia os graves danos renaes provocados não só pelas doses elevadas, mas mesmo pelas doses terapeuticas habituaes das diversas preparações mercuriaes, incluída a pomada mercurial para fricções, que produzem uma degeneração mais ou menos profunda indo até a necrose do epitelio tubular. Não recomenda o uso da Hg no inicio do tratamento, mas somente na fase final quando a afeção renal estiver em vias de cura. Aconselha, então, neste periodo final começar com pequenas doses, vigiando cuidadosamente o paciente, e limita-se quasi sempre ás fricções, e algumas vezes, nas nefroses especialmente, ao novasurol e salyrgan por se eliminarem rapidamente.

Mac Farlan mostrou que o Hg, tanto injetavel como em fricções, é dos antisifilíticos o mais nocivo para o epitelio renal.

Marcel-Pinard e Lortat-Jacob acham o Hg perigoso para o rim.

Castaigne aconselha regeitar completamente os saes insolúveis de Hg e recorrer ao biiodureto e oxycionureto, começando com pequenas doses que serão aumentadas

progressivamente se o doente suportar bem o tratamento, para o que deve ser cuidadosamente vigiado, evitando-se todas as causas que possam agravar sua albuminúria.

Loeper aconselha associar o Hg ao enxofre coloidal, pois verificou que certas formas de nefrite sífilítica que não eram melhoradas pelo Hg isolado curaram pela associação enxofre-mercurial.

Grenet, Levent, Pelissier acham que os acidentes tóxicos são o apanágio principalmente dos sais insolúveis, pelo facto de ficarem enquistados nos músculos e libertarem-se em massa, e acham que o cianureto, em razão de sua acção diurética, é muito útil.

Milian e Lelong consideram o cianureto como um medicamento de escolha das nefrites sífilíticas. Milian cita diversos casos de cura com este sal, bem como Louste e Gaucher. Alguns autores alemães aconselham o uso dos sais solúveis de Hg nas verdadeiras nefrites.

2.º BISMUTO

Não se pôde negar que também o Bi exerce uma acção tóxica sobre o rim, embora menos intensa e agressiva que o Hg.

Rosemberg acha que o Bi, embora possa também lesar o rim, é muito menos tóxico que o Hg, devendo-se sempre preferir-o aos mercuriais, principalmente nas nefroses lipóidicas.

Outros autores alemães emitem a mesma opinião, acrescentando que os sais solúveis são menos tóxicos, sendo os preferíveis.

Lortat-Jacob é um fervoroso defensor e adepto da bismutoterapia renal, dando preferência aos sais solúveis.

Grenet, Levent, Pelissier acham igualmente que os sais solúveis são muito bem suportados.

Marcel Pinard utiliza-se do Bi sómente quando os arsenobenzóis são mal suportados.

Lortat-Jacob, Roberti, Leri e Tzanck citam casos de nefrite crónica sífilítica não melhoradas pelos arsenicais e mercuriais, curarem sob a influência da bismutoterapia.

3.º ARSENICAES

Ainda que não se possa afirmar a completa inocuidade dos arsenobenzóis sobre o rim, parece que a sua acção tóxica é quasi nula, muito diminuta, que é o menos tóxico dos anti-sífilíticos.

Rosemberg acha que o neosalvarsan é o específico que se pôde empregar com confiança nas doses renaes. Diz que nunca observou nenhum damno renal causado pelo neosalvarsan em 10.000 injeções praticadas. Considera-o como o menos perigoso dos anti-sífilíticos, aconselhando começar por ele a cura específica.

Munek, entretanto, fala numa nefrose hemorrágica que pôde ser produzida pelo neosalvarsan. Sua acção tóxica pôde se manifestar seja com predominância tubular, seja glomerular, seja emfim glomerulo-tubular. Esta acção tóxica tem que ser muitíssima rara na opinião de Rosemberg, pois nunca foi por ele observada.

Mac Farlan mostrou que os arsenobenzóis causam uma irritação renal ligeira, mas que na pratica eles não determinam acidentes, a não ser nos casos de intoxicação profunda, em que os disturbios renaes associam-se á perturbações hepáticas, nervosas e eritrodermicas.

Grenet, Levent e Pelissier acham que os arsenicais são, dos medicamentos específicos os mais bem tolerados e concluem ser o arsenico o medicamento do rim.

Marcel Pinard, Debré, Fiessinger, Labbé e Louste obtiveram resultados muito satisfatórios utilizando o neosalvarsan.

Lortat-Jacob, porem, cita um caso em que o arsenico fez aumentar a azotemia e Bouteler um outro em que desencadeou graves acidentes agudos.

Em compensação, Marcel Pinard cita um caso em que o 914 fez baixar e desaparecer a azotemia num doente, antigo escarlatinoso, antigo sífilítico, cuja azotemia cahiu de 2 grs. 83 a 0 grs. 60, desaparecendo sua hipertensão e sua albuminúria.

4.º IODO E IODURETOS

O iodo e seus derivados devem ser empregados sómente como adjuvantes, pois como diz Castaigne, não é suficiente para combater o mal. Este mesmo autor aconselha associar-o ao Hg na heredo-sífilis, na forma esclero-gomosa e na degenerescencia amiloide.

Rosemberg acha que no inicio o iodo deve ser usado com muita cautela pois pôde provocar um aumento dos edemas. Aconselha começar com uma grama de KI, verificando sempre se não se produz um aumento de peso.

Póde-se concluir, assim, desse balanço de opiniões, que dos medicamentos antisifilíticos os menos toxicos, os que menos atacam o rim, os mais innocuos relativamente são os arsenicaes, especialmente o neosalvarsan. Parece, assim, que é ele o medicamento que deve ser empregado com mais confiança e menos receio, não excluindo, é evidente, o maior cuidado e vigilancia do doente.

Em conclusão, qual a orientação que devemos seguir quando deparamos com uma nefrite sifilitica?

Annes Dias, em suas "Lições de clinica medica", dá a seguinte orientação, tirada de autores alemães:

a) No caso de nefropatia sifilitica ou de outra origem num sifilitico, usar salvarsan nas nefroses, saes soluveis de Hg ou Bi si houver verdadeira nefrite.

b) Si a nefropatia fôr de origem toxica, suprimir toda medicação anti-sifilitica, para mais tarde orientar a de acordo com as determinações expostas.

Achamos que, mesmo nas nefrites verdadeiras, a cura deve, na maioria das vezes, ser iniciada pelo neosalvarsan e mais tarde, quando os sintomas regredirem, as melhoras se acentuarem, empregar os saes soluveis de Bi e finalmente os saes soluveis de Hg, sempre debaixo do maior cuidado e vigilancia do doente. Um dos sintomas que mais custa a desaparecer é a hematuria, que parece que é mais influenciada pela bismuthoterapia.

Achamos que, mesmo nas nefrites verdadeiras, a cura deve ser iniciada pelo 914 por estar estabelecido que praticamente é ele o medicamento menos agressivo para o rim, que as lesões renaes dele dependentes são muito raras (Rosmberg) e que não sobrevivem senão em casos de intoxicação profunda (Mac Farlan). Além disso é ainda o 914 considerado pela maioria dos autores como o medicamento anti-sifilitico por excellencia, o mais eficaz e de ação mais rapida.

Assim seguindo e procurando cumprir o postulado medico, que devemos ter sempre presente "Primum non nocere" e procurando obter o maximo efeito medicamentoso é que achamos que devemos dar preferencia ao 914.

Naturalmente esta regra não tem um valor absoluto, dependendo, antes de tudo, o tratamento de circunstancias occasionaes,

apresentando cada caso uma feição mais ou menos particular, que deve ser rigorosamente observada e que comandará o tratamento a instituir.

Seu valor é unicamente geral.

Porque existem casos em que a arsenoterapia falha completamente ou tem uma ação muito passageira ou até exacerba as lesões ou é por qualquer circunstancia contra indicada. Taes fatos são também observados, bismutho ou mercurio resistentes, arseno, bismutho ou mercurio resistente, arseno, bismutho ou mercurio recidivantes e arseno, bismutho ou mercurio exacerbantes. Nestes casos em que a infeção sifilitica não se deixa influenciar por um determinado agente especifico, apresenta, em compensação uma grande sensibilidade á ação dos outros.

Assim as arseno-resistentes são bismutho ou mercurio-sensíveis e vice-versa.

Diversas particularidades podem, pois caracterizar cada caso em si, devendo ser pelo medico reconhecidas para que o tratamento possa ser racionalmente instituido e aproveitado.

As regras que damos, repetimos, são geraes e, como tudo em medicina, tem sómente um valor relativo.

Chegamos assim ás seguintes conclusões:

1.º O neosalvarsan é o menos toxico para o rim dos anti-sifiliticos.

2.º O mercurio é o mais toxico e perigoso.

3.º O Bi é menos toxico que o Hg e mais que o neosalvarsan.

4.º Nos casos de nefropatia sifilitica ou evoluindo num sifilitico a cura deve ser iniciada pelo **neosalvarsan** quer se trate de nefrose ou nefrite verdadeira.

5.º A cura póde ser completada pelo Bi e Hg.

6.º O Hg deve ser usado sómente quando a afeção renal estiver em vias de cura.

7.º Devemos utilizar sómente os saes soluveis de Bi e Hg.

8.º A hematuria é um dos sintomas mais rebeldes ao tratamento, parecendo ser mais influenciado pelo Bi.

9.º Quanto mais precocemente fôr instituido o tratamento tanto mais probabilidades de cura.