

## DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DA SIFILIS PRIMÁRIA

**DR. SEBASTIÃO A. P. SAMPAIO**

Assistente extran. da Clínica Dermatologica e Sifilografica.

1 — *Definição*: Considera-se como sífilis primária, a fase inicial da infecção luética adquirida, caracterizada pelo cancro e a adenite satélite. Com efeito, no ponto de entrada do *Treponema pallidum*, após um tempo de incubação variavel, surge uma lesão, cujos caracteres clinicos serão analisados adiante, que se acompanha de uma adenite também peculiar. Constitue a primeira manifestação de uma molestia sistêmica, cujas consequencias remotas são imprevisíveis.

2 — *Sinonimia*: Cancro sífilítico, cancro duro, esclerose inicial, protosifiloma, cancro hunteriano são nome encontradiços nos livros. Na linguagem leiga as denominações são diversas, variando naturalmente de acordo com cada região do paiz, grau de cultura, etc. No nosso meio, as denominações usuais são cancro, cavalo ou simplesmente ferida venerea ou “pegada de mulher”. A segunda é muito comum principalmente nas classes menos cultas. Devemos lembrar que, na pesquisa de antecedentes venereo-sifiliticos, deve o medico interrogar, empregando todas essas denominações. Assim, temos verificado muitas vezes que os doentes referem terem tido uma ferida “pegada de mulher”, após a negativa de qualquer cancro ou “cavalo”. Outras vezes, negam terminantemente qualquer cancro ou ferida venerea, mas um “cavalo” que se curou facilmente constitue a única referência.

3 — *Inoculação e incubação*: A transmissão da sífilis adquirida se processa através das relações sexuais, normais e anormais, pelos contactos accidentais ou profissionais e, mais raramente, por meio de objetos varios.

Os espiroquetas de Schaudinn, oriundos de uma lesão, terão possibilidades de penetrar em novo hospedeiro. A idéia antiga de que era necessaria uma solução de continuidade para a inoculação do *Spirochaeta pallida* não é mais aceitavel. É claro que uma lesão traumática ou patológica facilitará a transmissão, mas não constitue “conditio sine qua non”, pois está comprovada a possibilidade desta pene-

tração, mesmo sem qualquer lesão. A localização da molestia, sua difusão pelas relações sexuais devem-se simplesmente à questão de biologia do *Spirochaeta pallida*: a anaerobiose e a incapacidade de resistência ao ressecamento. É evidente que as lesões mais numerosas, mais ricas em treponemas, e, portanto, as maiores disseminadoras da molestia, serão situadas em lugares úmidos e mal oxigenados.

O periodo que decorre desde o instante da inoculação até o aparecimento do cancro é chamado primeira incubação. É usualmente de três semanas, podendo excepcionalmente reduzir-se a uma ou prolongar-se até oito. Neste intervalo, o treponema prolifera localmente, ao mesmo tempo que invade o organismo pelas vias linfática e venosa. A primeira manifestação visível é uma papula, que é indolor e que paulatinamente cresce em tamanho e profundidade. É uma néoformação granulomatosa, onde encontramos infiltrados celulares, principalmente de treponemas que pululam principalmente nas paredes dos vasos.

#### 4 — Caracteres clinicos do cancro sífilítico:

São os seguintes:

- 1 — geralmente unico;
- 2 — mais frequente nos órgãos genitais;
- 3 — indolor ou pouco doloroso;
- 4 — erosão, isto é, solução de continuidade, atingindo somente a epiderme;
- 5 — forma arredondada ou ovalar;
- 6 — bordas sem desnivelamento;
- 7 — cor vermelha-escura, às vezes cinzenta ou difteroide;
- 8 — induração da base;
- 9 — Bubão satelite.

Os caracteres clinicos acima descritos apresentam gama grande de variações que serão analisadas em seguida.

#### 5 — Variedades clinicos do cancro sífilítico:

a) *Numero*: Se bem que geralmente seja unico, a eventualidade da existência de mais de um não é rara. Quando isto ocorre, deve-se ou a inoculações simultaneas ou à propria auto-inoculação que é possível nos onze primeiros dias. Após este intervalo, com o estabelecimento da imunidade, não ha mais possibilidade de auto-inoculação;

b) *Localização*: Pode ser genital e extra-genital, na frequencia de 9 para 1, respectivamente.

No homem, as regiões mais atingidas são o sulco balano-prepucial e o freio. O dorso e a raiz do penis são sédes infrequentes e, no

meato, é muito rara. Na mulher, os grandes e pequenos lábios, o clitoris, e a furcula são as localizações mais comuns. Na vagina, é raríssima e, no colo uterino, parece não ser infrequente.

Entre os cancros extra-genitais, os mais frequentes são os dos lábios, encontrados principalmente em velhos, pela prática de aberrações sexuais. Não devem ser confundidos com epiteliomas, coisa não incomum, dada a frequente localização dos cancros nesta região e pela falta provável de auxílio na história do paciente.

Outras regiões atingidas são a língua, mento, palpebra, amígdalas, etc.

Na mulher, a localização no seio, principalmente nas nutrizes. Finalmente, temos a localização anal em ambos os sexos.

Os cancros extragenitais, além das características clínicas já referidas, apresentam também a peculiaridade de ter a pleiade ganglionar satélite, muito volumosa, sinal que chama logo a atenção do clínico.

c) *Dor*: O cancro duro puro é indolor ou muito pouco doloroso. Desde que apareça qualquer complicação ele perde esta característica;

d) *Erosão* — isto é *solução de continuidade atingindo somente a epiderme*. Podemos encontrar protosifilomas ulcerosos, ectimatóides e até mesmo formas hipertroficas. Estas últimas são vistas principalmente, quando a localização é na orla prepucial. Outras vezes, podemos observar verdadeiras ulcerações fagedenicas, isto é, o desenvolvimento excessivo e até mesmo formas ulcero-gangrenosas. Estas duas últimas formas ocorrem em indivíduos debilitados;

e) *Forma arredondada ou ovalar*. São raros os cancros duros que não apresentam forma aproximadamente arredondada ou ovalar. Entretanto, em raros casos, podemos encontrar cancros fissurários, estrelados, etc.;

f) *Bordas sem desnivelamento*. Se bem que haja um nitida separação dos tecidos vizinhos, as bordas são em declive suave, sem desnivelamento brusco;

g) *Cor vermelho-escura, às vezes cinzenta ou difteroide*. O cancro apresenta uma superfície vermelha, cor de presunto, limpa e brilhante, quasi nunca supurante. Algumas vezes, entretanto, o cancro pode cobrir-se de crosta esbranquiçada ou acinzentada, pseudo-difétrica;

h) *Induração da base*. Reconhece-se pela palpação e, em alguns casos, pela simples inspeção. Varia entre graus extremos. Assim, temos desde os cancros anões, praticamente sem nenhuma induração, até os cancros nos quais a infiltração salta à vista, tornando desnecessária a palpação. Dai, diversos nomes como infiltração petrea,

cartilaginosa, em cartolina, etc., significando os diversos graus desta infiltração. Um quadro clínico relativamente comum na clínica é aquele em que o indivíduo apresenta uma fimose irreduzível, eliminando pús pelo espaço balano-prepucial e refere, nos dias anteriores, uma lesão venérea. Pela palpação cuidadosa, podemos procurar a presença de uma zona infiltrada.

6 — *Bubão satélite*: Os ganglios correspondentes do territorio linfatico do cancro, apresentam-se em media de 8 a 10 dias após o aparecimento deste, aumentados de volume, duros, não dolorosos ou muito pouco, moveis e aflegmaticos. Na pleiade ganglionar, um dos ganglios, geralmente o primeiro atingido pela infecção, é mais volumoso que os demais. Esta adenopatia constante “segue o cancro como a sombra segue o corpo”, na expressão de Ricord, constitue excelente sinal diagnostico. O seu aparecimento em qualquer cancro venéreo, ainda que não tenha as características do sifiloma, obriga o médico a procurar a sífilis com insistencia. Persiste alguns meses após o desaparecimento do cancro, constituindo o “testamento postumo”

#### 7 — *Diagnostico diferencial*:

*Cancro duro — Cancro mole — Cancro misto*. Ainda que o cancro mole possua características clinicas mais ou menos definidas (processo ulcerativo, de bordas solapadas e cortadas à pique, fundo purulento, base mole, raramente unico), na pratica a diferenciação só pode ser feita com o auxilio laboratorial. Com efeito, o cancro misto, isto é, a associação do bacilo de Ducrey e do espiroqueta de Schaudinn é muito comum, mais frequente do que o cancro duro ou mole isoladamente. Aliás; este fato é assinalado ha muito tempo. Assim, Gougerot, em 1912, dizia que o cancro misto era a forma mais frequente e, Gaucher, em 1916, sustentava a raridade do cancroide em estado de pureza. Jeanselme aconselhava mesmo tratar como sifilitico todo o portador de cancro mole.

Conhecido este fato, cumpre assinalar que, enquanto o tempo de incubação do cancroide é de um ou dois dias o do protosifiloma é de mais de uma semana. Podemos observar, na pratica, quando não se procura fazer um diagnostico precóce da lues, que um cancro mole que não cicatriza, apesar da terapeutica corrêta, pouco a pouco se infiltra. É a chamada endureção do cancro. Outras vezes, não ocorre a endureção, mas é o caso de um cancro mole tipico, em que o clinico não mandou fazer uma pesquisa direta, mas que resiste a toda a terapeutica, dura um ou dois meses, quando explódem então as manifestações secundarias da sífilis.

Dai, a regra rigorosa da pesquisa direta de *Treponema pallidum* em qualquer cancro venereo.

*Escabiose:* As lesões são varias, localizadas na face externa, comumente ha infecção secundaria, outras regiões habituais estão atingidas, e o habitual prurido noturno.

*Herpes simples genital:* Aparecimento repentino, com uma serie de vesiculas agrupadas sobre uma base eritematosa, prurido ou ardor, algumas vezes com infecção secundaria.

*Ulcerações ou erosões traumáticas:* Geralmente sob a forma fissuraria, acompanhadas por dor e edema inflamatorio.

*Foliculite ou furunculosis:* a presença da formação central de pús, o halo eritematoso, a dor, a ausencia muitas vezes de uma historia progressa, possibilitam, regra geral, o diagnostico diferencial com facilidade.

*Liquem plano:* Temos as papulas tipicas do liquen, brilhantes, de cor rosea, dispostas muitas vezes em anel.

*Cancro linfogranulomatoso:* Dada a relativa raridade com que se observa o cancro linfogranulomatoso, que, entretanto, pode assumir formas clinicas variadas, o diagnostico deste só se firma, na pratica, após a exclusão da sífilis e da infecção ducreyniana. Deve ainda ser lembrada a hipótese da associação poroadenica-luetica.

*Carcinoma do penis:* Incide principalmente na segunda metade da vida. Desenvolvimento lento e progressivo. Assume, às vezes, aspecto vegetante. Infiltração evidente na borda da lesão. Envolvimento não constante dos ganglios inguinais.

*Sifiloma cancriforme:* Chama-se assim uma lesão indurada, em tudo semelhante ao cancro inicial, que é uma manifestação do periodo secundario. Quando ele se localiza no mesmo ponto em que se desenvolveu o cancro duro, denomina-se "cancro redux" O diagnostico diferencial é feito pelos comemorativos, pelas reação Sorologicas que aqui de inicio serão fortemente positivas e a adenite satelite.

8 — *Adenite luetica e adenite linfogranulomatosa* — As características clinicas de uma e de outra são bem distintas. Entretanto, em alguns casos de associação poroadenica-luetica, no inicio, pode haver duvida. A presença de fenomenos gerais, a dor mais acentuada devem lembrar ao clinico a eventualidade desta associação.

9 — *Diagnostico laboratorial da Sífilis primaria:* O diagnostico de certeza da sífilis primaria deve ser feito com o auxilio laboratorial. Correlatadamente, a exclusão da sífilis de uma lesão no penis só deve ser feita com segurança após o exame laboratorial. Dois são os exames empregados: A pesquisa direta de *Treponema pallidum* pelo ultramicroscópio e as Reações Sorologicas para Sífilis (RSS). A pes-

quisa direta em campo escuro deve ser feita em qualquer lesão do penis, pois que, além do cancroide, ulcerações traumáticas, o herpes simples podem estar secundariamente infectado pelos espiroquetas. Quanto ao exame microscópico, após coloração (Fontana-Tribondeau, Giemsa, etc.) não podem ser aceitos, pois que a distinção entre o *Spirochaeta pallida* e outros espiroquetas é muito difícil: É no campo escuro pelas suas ondulações, deslocamento, etc., que o *Treponema* da sífilis pode ser reconhecido.

Quanto às Reações Sorológicas para Sífilis, elas só começam a se positivar após 20 dias o início do cancro e são positivas, em média, 30 a 40 dias depois do aparecimento do cancro, ainda que, em casos raros, esse intervalo possa atingir 60 dias. Devem ser pedidas, considerando-se esses fatores.

A nossa orientação para o diagnóstico da sífilis no Posto Anti-Venereo, é considerarmos à priori toda a lesão venérea como suspeita de sífilis até que se possa excluir esta suspeita.

Assim fazemos:

- 1 — Pesquisas sistemática para *Treponema pallidum* em qualquer lesão venérea.
- 2 — Se há suspeita clínica de cancro sífilítico e a pesquisa é negativa, ela é repetida várias vezes.
- 3 — Caso continue negativa, é feita a pesquisa pela punção do ganglio satélite. As RSS são praticadas sucessivamente, após terem decorrido 20 dias do aparecimento do cancro.
- 4 — Todos os casos de Cancro mole, com *treponema* negativo, que resistem a terapêutica sulfamídica, verdadeiramente específica para esta bacilose, são acompanhados com outras pesquisas diretas e com as RSS no tempo indicado.
- 5 — Nos casos de cancro mole, *treponema* negativa, curados pela terapêutica sulfamídica, fazemos as RSS, 30 e 60 dias após a cicatrização.

10 — *Tratamento da Sífilis primária*: Molestia sistêmica, de consequências remotas, precisa ser submetida a tratamento energético e precoce. Sua terapêutica, que, durante séculos, repousou unicamente no mercúrio, sofreu grande transformação com o aparecimento dos arsenobenzóis, em 1912, do bismuto, em 1921 e da penicilina em 1943. Para o tratamento da sífilis primária adotam-se esquemas. Até há alguns anos atrás, estes esquemas compreendiam séries de bismuto e arsenical, dadas em um período de 1 ano e 8 meses. Isto para a sífilis primária pré-sorológica, isto é, quando as RSS ainda estavam negativas. Para a sífilis primária com sorologia positiva, os autores aconselhavam tratamentos mais prolongados. Com esses esquemas era

possível a cura teórica da molestia, pois que, na prática, a maioria dos pacientes não chegavam a terminá-lo. Daí, a necessidade imperiosa da redução da duração do tratamento, que impuzeram o aparecimento de métodos intensivos e semi-intensivos.

Entre os métodos intensivos, pelo emprego de doses maciças de arsenóxido, temos o de 5 dias, hoje abandonado pela porcentagem elevada de mortalidade (1:200). Dos métodos semi-intensivos, lembramos o de 26 semanas, por nós adotado há mais de 2 anos no Posto Anti-Venéreo, com excelente tolerância. Compreende um total de 40 injeções de Arsenox e 16 de bismuto. O seu esquema é o seguinte:

<i>Arsenoxido</i> (Arsenox ou Arseclor)	<i>Semanas</i>	<i>Bismuto</i> (subsalicilato)
	1	
	2	
	3	
	4	
2 injeções por semana	5	
Total 20 injeções	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	
2 injeções por semana	21	
Total 20 injeções	22	
	23	
	24	
	25	
	26	

Doses: 0,05 a 0,07 de Arsenóxido, na base do peso do paciente.

Total: 40 injeções de Arsenox — 16 injeções de bismuto.

Como o emprego panicilina em 1943 no tratamento das sífilis e a verificação dos seus efeitos surgiram grandes esperanças que a "the-

rapia magna sterilisans” de Ehrlich podia tornar-se realidade. É evidente que, dado o recente uso deste medicamento na sífilis, sómente o tempo poderá permitir um juízo exato sobre seus efeitos. Entretanto, alguns fatos já podem ser afirmados com rigor. A penicilina possui atividades espiroquetíca igual a qualquer arsenical sem os riscos tóxicos deste. É pois um verdadeiro super-arsenical. Qual a dose de penicilina necessária e se ela dispensará o uso do bismuto e do arsenico constituem perguntas ainda não resolvidas.

Nos Estados Unidos, formou-se uma comissão afim de estudar o assunto. O relatório do “Committee on Medical Research and the United States Public Health Service” (J. A. M. A. 131: 256-271 May, 25 -- 1946) acentua:

- 1 — A penicilina não é um composto unico mas sim uma mistura de varios. Assim, são já reconhecidas 4 especies de penicilina denominadas G, X, F, e K, além de certas impurezas.
- 2 — As diversas penicilinas comerciais tem conteudos diversos destes tipos.
- 3 — Estas diversas penicilinas tem ação diversa.
- 5 — A penicilina K é a mais ineficaz, devido à sua rapida destruição no organismo.
- 6 — As impurezas da penicilina parecem ter ação terapeutica.
- 7 — Os resultados do tratamento da sífilis recente pela penicilina, antes de maio de 1944, são mais favoraveis do que após essa data. Este fato deve-se provavelmente à existencia de mais penicilina K nas ultimas partidas dos fabricantes.
- 8 — Para as atuais penicilinas, as doses com o sal sodico de penicilina em solução aquosa são: Sífilis primaria sero-negativa: 3.600.000 unidades, 60 injeções de 60.000 unidades cada 3 horas. Sífilis primaria sero-positiva: 5.400.000 unidades, 60 injeções de 90.000 unidades cada 3 horas. Os doentes assim tratados deverão ser acompanhados clinica e sorologicamente. Em caso de recidiva, repetir este tratamento, associando então 360 mg. de Arsenoxido, (6 injeções de 60 mg. 2 ou 3 vezes por semana) e 1200 mg. de sub-salicilato de bismuto (6 injeções de 200 mg. 2 por semana). Ocorrendo após este segundo tratamento nova recidiva, fazer então o esquema de 26 semanas.
- 9 — Não usar a penicilina oral para o tratamento da sífilis.
- 10 — Empregando a penicilina calcica em solução cereo-oleosa, usar na dose de 4.800.000 unidades, uma injeção de 300.000 unidades cada 12 horas.



Essas doses fornecidas resultam de uma análise de um conjunto de dados. Há autores que obtiveram resultados favoráveis mesmo com doses menores. Como exemplo temos Romansky e Rein (Treatment of early syphilis with calcium penicilina-oil-beeswak J. A. M. A. 132 847-851 Dec. 7, 1946) que referem resultados satisfatórios com o emprego de 10 injeções diárias de 300.000 unidades, de penicilina cereo-oleosa. A respeito do uso da penicilina cereo-oleosa, devemos lembrar um erro que se faz em nosso meio que é o emprego do sal sódico de penicilina dissolvido em veículo cereo-oleoso. Este sal deve ser utilizado somente em veículo aquoso. Para o uso do veículo cera de abelha e óleo de amendoim o sal cálcico de penicilina é o único indicado.

Há numerosos métodos, utilizando associações variadas como: penicilina-arsenóxido, penicilina-bismuto, penicilina-arsenóxido-bismuto. Como exemplo vamos citar o de Geiger e Kock (Venereal Disease Bulletin Set. 1946), que emprega penicilina cálcica cereo-oleosa, arsenóxido (Arsenox ou Arseclor) e bismuto (sub-salicilato).

Compreende 10 injeções diárias de 300.000 unidades de penicilina cereo-oleosa. Simultaneamente, 5 injeções de Arsenóxido, feitas em dias alternados, na dose de 40 a 60 mg., de acordo com o peso do paciente e mais 3 injeções de 200 mg. de subsalicilato de bismuto feitas no 2.º, 6.º e 10.º dia do tratamento.

Em resumo, podemos concluir que a sífilis primária tem como medicamento de escolha para o seu tratamento a penicilina, só ou associada com arsenóxido e bismuto, e que os estudos em andamento nos levam a pensar que estamos próximo do ideal da sífilologia: um tratamento rápido e seguro, único meio de debelar a endemia.



## **Entre a receita e a cura** *— a idoneidade dos produtos terapêuticos !*

● A eficácia da receita depende da qualidade e pureza dos elementos terapêuticos empregados em sua manipulação. Consciente dessa responsabilidade, a Duperial oferece produtos da mais alta qualidade e confiança, tais como o *clorofórmio*, a *urotropina*, a *cânfora*, e a prodigiosa *sulfanilamida*, todos dos Laboratórios E. I. Du Pont de Nemours & Co. Inc., e a *cal sodada*, de fabricação da Dewey and Almy Chemical Co., colaborando com as classes médica e farmacêutica, em sua humanitária tarefa de combate às dores.

**INDÚSTRIAS QUÍMICAS BRASILEIRAS "DUPERIAL", S. A.**

Matriz: São Paulo, Rua Xavier de Toledo, 14 - Caixa Postal 112-B

Filiais: Rio de Janeiro Bahia - Recife - Pôrto Alegre.

AGÊNCIAS EM TÓDAS AS PRINCIPAIS PRAÇAS DO BRASIL

**DUPERIAL**