

OS NOVOS METODOS DE TRATAMENTO DA SÍFILIS RECENTE

DR. SEBASTIÃO A. P. SAMPAIO

Médico-assistente da Liga de Combate à Sífilis, Dermatologista e Sifilógrafo do Posto Anti-Venéreo da Secretaria da Segurança Pública

A organização de esquemas para o tratamento da sífilis constitui o tema de muitos trabalhos e numerosas discussões. Conquanto sejam fixas algumas regras gerais sobre o emprego dos medicamentos anti-luéticos, como por exemplo a necessidade de fazer tratamentos mistos, evidentes são as divergências entre os diversos pesquisadores acerca do ritmo que o tratamento deve seguir e sobre os conceitos de cura da doença.

Existe acordo completo em torno do princípio de que um esquema constitui um elemento "de maxima", não aplicável em todos os casos, pois que em sifilografia, como em qualquer outro ramo de patologia, vigora a regra segundo a qual existem doentes e não doenças. Há igualmente acordo sobre a limitação do valor de tais esquemas para os casos de sífilis recente, considerando-se que em outras formas mais antigas ou complicadas, tais como a sífilis ocular, a cardio-vascular, a nervosa, etc., a conduta terapêutica deve ser indicada em cada caso, segundo as variedades das formas clínicas, a participação de determinados tecidos, a idade do paciente, suas condições gerais, etc..

CONCEITO DE SÍFILIS RECENTE

Considera-se como tal a sífilis primária, a secundária e a latente precoce. Define-se em geral como sífilis latente precoce a infecção sem sintomas clínicos durante os 4 primeiros anos após a lesão inicial. As formas também sem sintomatologia clínica,

após os 4 primeiros anos, são chamadas de lues de latente tardia. Esse limite de 4 anos, aceito pela maioria dos autores, não é rígido. Assim poderá o médico considerar recente uma sífilis que data provavelmente de 5 ou 6 anos, quando existem dados, clínicos e sorológicos, que induzem a pensar numa benignidade da infecção. Outras vezes a fixação da data provável de contágio é difícil e até impossível. Nestes casos é necessário que se recorra a artificios. Um elemento que estatisticamente pode permitir o enquadramento no esquema é a idade do paciente. Com efeito sabemos que no homem a lues incide ao máximo entre os 20-30 anos de idade e, na mulher, com o casamento. Podemos considerar tais datas como prováveis da infecção luética. É claro que afastamos a possibilidade de uma lues congênita. Exemplificando: um indivíduo de 35 anos, cujo exame clínico revela exclusivamente polimicroadenopatia, cujas reações sorológicas são fortemente positivas, sem relatar nenhuma lesão que pudesse fazer pensar em protossifiloma e sem historia familiar alguma, pode ser considerado portador de sífilis latente recente. Outro indivíduo, com quadro identico, porem de 50 anos de idade, será tratado como lues latente tardia.

Ha tambem esquemas para tratamento da sífilis da gestante, da sífilis congênita e da latente tardia. Este último é em linhas gerais semelhante ao da sífilis recente.

Não trataremos destas modalidades clinicas neste artigo.

Antes de entrarmos propriamente no assunto, convem que se faça recapitulação dos:

PRINCIPAIS MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA TERAPEUTICA DA SIFILIS

Desde o aparecimento da sífilis na Europa, em 1493, até 1912 foi o mercurio a única droga empregada com resultados visiveis no seu tratamento. Esse período constitue a era mercurial do tratamento da lues. Dada a pequena ação treponemicida do metal, aliada á notavel toxidez, era limitada a possibilidade de tratamento completo dos lueticos, e por isso muito frequentes as complicações graves. Tal fato explica o horror á infecção, que persiste até hoje, principalmente, nos paises europeus, e seu enorme alastramento.

Os trabalhos de Ehrlich e colaboradores sobre as propriedades treponemicidas dos compostos arsenicais marcaram uma fase na evolução da terapêutica da lues. Esses estudos culminaram

em 1912 com a descoberta do derivado 606, um arsenical trivalente organico, ou seja o dicloridrato de dioxidiamino-arsenobenzol. Este produto, graças ás suas extraordinarias propriedades treponemicidas, tornou-se logo mundialmente conhecido, na Europa e entre nós pela denominação de salvarsan ou arsenobenzol, e, nos Estados Unidos, por arsphenamina. É até hoje o arsenical de maxima atividade terapêutica. Seu emprego foi virtualmente abandonado, pois, exige manipulações cuidadosas e precisas; sua solução, que é acida, deve ser alcalinizada momentos antes da injeção por uma solução de soda, diluida a seguir em soro fisiológico. Injeta-se intravenosamente 50 cc. da solução para 0,1 gm. da droga. É ainda utilizado em clinicas americanas que podem dispor do pessoal tecnico necessário.

Posteriormente Ehrlich e seus colaboradores produziam o derivado 914, de emprego comodo e de grande atividade terapêutica. Era o diaminodihidroxiarsenobenzeno-metanal sulfoxilato de sodio conhecido por neosalvarsan, neoarsenobezol ou neoarsphenamina. Outro arsenobenzol que merece referência é a sulfurefenamina ou miosalvarsan, empregado por via intra-muscular. (Entretanto a dor local provocada pela injeção é muito intensa, razão pela qual raramente se utiliza tal produto).

Em 1921, Sazerac e Levaditi introduziram o bismuto na terapia da lues que graças á sua eficacia e baixa toxicidade, substitue com vantagens o mercurio no tratamento de fundo de consolidação.

Em 1932-34 apareceu outro derivado trivalente, um arsenóxido, que aliás já havia sido estudado por Ehrlich, estribado na hipotese de que os arsenobenzois quando introduzidos no organismo se decopunham em arsenóxidos, formas pelas quais agiriam. Era o cloridrato de meta-amino-para-hidroxifenil arsina, cujo nome comercial é nos Estados Unidos "Mapharsen" e entre nós "Arsenox".

Recentemente com a descoberta da Penicilina e a verificação do seu notavel poder treponemicida, comparavel ou mesmo superior ao do arsenical, aliada a sua atoxicidade, se tem a esperança de dispor para a terapia da sífilis, de uma nova arma, cujos efeitos terapêuticos previsiveis, se bem que muito favoraveis, não estão ainda perfeitamente determinados.

AS ORIGENS DOS DIVERSOS ESQUEMAS DE TRATAMENTO

Por ocasião da descoberta do 606 acreditou-se que com uma dose era possivel a cura da infeção luética. Foi a sonhada "tera-

pia magna sterilisans”, recentemente revivida com os metodos de terapia arsenical intensiva. Os trabalhos então feitos mostraram o malogro de tais sistemas, voltando-se então às ideias de Fournier, do tratamento cronico. Dos trabalhos que vão dessa epoca até 1928 ha extensa literatura na qual se fixa o uso de arsenicais e metais pesados, conjuntamente ou separadamente, como metodo de escolha. Para melhor estudar o assunto o Comité de Higiene da Liga das Nações designou uma comissão, que apresentou suas conclusões em 1935, baseando-se em exaustivos estudos, feitos em numerosos paises. Contemporaneamente nos Estados Unidos, formou-se tambem, para estudar o problema, o C. C. G. (Cooperative Clinical Group), composto pelos chefes das maiores clinicas sifilográficas do país. O CCG trabalhou com o USPHS (United States Public Health Service). Dos trabalhos desses grupos nasceram 2 metodos de tratamento da sífilis:

O sistema descontinuo ou da Liga das Nações e

O sistema continuo americano.

No Brasil, o problema da padronização do tratamento da sífilis foi objeto da 1.^a Conferencia Nacional de Defesa contra a Sífilis, tendo-se constituido uma comissão, que formulou principios e regras seguindo em linhas gerais os esquemas da Liga das Nações. Entretanto, estudos posteriores do CCG, evidenciaram que o tratamento continuo era o que apresentava melhores resultados, fato hoje aceito pela maioria dos sifilografos americanos. Dadas as características deste artigo, só mencionaremos o metodo continuo, sobre o qual temos maior experiência.

Antes de apresentarmos os esquemas, cumpre lembrar algumas noções fundamentais sobre a applicabilidade do tratamento anti-luético.

PRINCIPIOS E REGRAS FUNDAMENTAIS (*)

1 — *Objetivo do tratamento*: deve ser sempre a cura radical.

2 — *Necessidade do tratamento precoce*: Estabelecido o diagnóstico, iniciar o tratamento o mais breve possivel. Não se deve esquecer que é a sífilis primaria soro-negativa a mais facilmente curavel, a primaria soro-positiva a mais dificilmente curavel e a secundaria um meio termo entre as duas. Com efeito, é conceito já assente que as manifestações secundárias, especialmente os exantemas extensos (sifilides roseoliformes, sifilides papulosas generalizadas, etc.), determinam reações organicas de defesa, que agem no sentido de uma

(*) São em linhas gerais as normas recomendadas por J. Mota e colaboradores na Padronização do tratamento da Sífilis Recente.

terapêutica biológica, cuja atividade muitas vezes vai além dos métodos quimioterápicos.

3 — *Necessidade do diagnóstico exato*: Todos os recursos de laboratório e da clínica precisam ser empregados para se firmar com segurança o diagnóstico. A pesquisa de treponema pela ultramicroscopia deve ser feita em qualquer lesão venerea. Devem-se praticar reações sorológicas, tanto no período inicial (para se inquirir a negatividade) como no período mais tardio (para se comprovar a positividade), ainda quando o diagnóstico clínico seja absolutamente seguro. Nos casos de lesões de aspecto clínico suspeito deve o médico insistir na pesquisa ultramicroscópica, que constitui o elemento diagnóstico mais precoce e mais seguro. Nunca deverá o facultativo iniciar um tratamento, sem uma pesquisa ou uma reação sorológica positivas. Tal fato representa para o paciente uma garantia, pois deve haver absoluta segurança do diagnóstico quando se inicia o tratamento, que além do seu elevado custo, não sempre é inócua. Além disso constitui para o médico uma necessária proteção contra as futuras recriminações do doente e dos próprios colegas.

4 — *Necessidades profiláticas sociais*: Firmado o diagnóstico, deve o médico recordar ao doente a possibilidade de contágio, dando-lhes os conselhos para evitar a propagação da moléstia e procurar tornar este indivíduo o mais rapidamente possível não contagiante.

5 — *O exame clínico preliminar*: O Exame clínico completo deve preceder o tratamento, afim de permitir a verificação de eventual contra-indicação que exija precauções especiais quanto à escolha dos medicamentos e das doses.

6 — *Instrução de paciente*: É indispensável que o clínico esclareça de início e repetidas vezes o seu doente sobre a gravidade da infecção sífilítica, apontando-lhe suas consequências e a eficácia da terapêutica de modo a obter dele a necessária constância no tratamento.

7 — *Tratamentos anteriores incorretos*: Se o paciente houver feito tratamento anterior, incorreto ou insuficiente, deve o médico considera-lo virgem de tratamento, seguindo os esquemas de maneira habitual.

8 — Os medicamentos que devem ter preferência são os arsenicais trivalentes, ou sejam, o 914, encontrado sob o nome de neoarsfenamina nas seguintes doses: 0,15 - 0,30 - 0,45 - 0,60

- 0,75 (esta última dose só é empregada em casos especiais) e o arsenox encontrado nas doses de 0,04 e 0,06 gm.

9 — *Tratamento misto*: O arsenical deverá ser sempre seguido ou acompanhado do emprego de um metal pesado, preferencialmente o bismuto sob a forma de sal insolúvel.

10 — *Emprego do bismuto lipossolúvel*: Quando houver contra-indicação do emprego dos arsenicais trivalentes, ou quando o doente mostrar invencível intolerância por esses medicamentos, se poderão empregar os bismutos lipossolúveis.

11 — *Dosagem do bismuto*: — O bismuto deve ser empregado, conjuntamente ou posteriormente ao arsenical, sob a forma de sais insolúveis. Os 3 sais preferidos são o hidróxido de bismuto, o carbonato e o sub-salicilato de bismuto. Este último é o empregado pelos autores americanos. A dose será de 0,20 gm. de sal por semana (10, 11 gm. a 0,13 gm. de bismuto metálico).

12 — *Uso do mercurio*: O mercurio só poderá substituir o bismuto em casos excepcionais, quando haja indicação formal ou intolerância por aquele. Em tais casos será utilizado na primeira série um mercurial solúvel (cianeto de mercurio) na dose de 0,01 a 0,02 gm. por injeção intravenosa, em séries de 20 injeções tri-semanais; nas séries seguintes um mercurial insolúvel (salicilato) na dose de 0,05 gm. por injeção em série de 15 injeções bi-semanais.

13 — *Método a ser seguido*: O contínuo americano deve, segundo nossa opinião, ser o preferido.

14 — *Controle após o tratamento*: Terminando o tratamento, deve o doente ser submetido, durante 3 anos, a controles clínicos e sorológicos, preferencialmente com reexames clínicos e sorológicos semestrais.

15 — *Alta definitiva*: Após o período de observação, deverá ser feito exame do LCR (líquido cefalo-raquidiano) podendo então ser concedida alta definitiva.

Apresentamos de maneira detalhada em seguida o

MÉTODOS CONTÍNUO AMERICANO

Compreende: 30 injeções de nevarsfenamina ou arsenox
60 injeções de bismuto (utilizar um sal insolúvel de
Bi — hidróxido, carbonato ou sub-salicilato — na dose
semanal de 0,20 g de sal — (0,11 a 0,13 g. de
Bi metálico).

Nenhum repouso durante a fase arsenical.

Duração do tratamento: 3 anos.

| Semanas | Neoarsfenamina (Neo) Arsenox (Ars) | Bismuto (Bi) |
|-------------------------------------|--|--|
| 1. ^a e 2. ^a | Neo: 0,15 0,30 0,45 Ars: 0,02 0,04 0,06 (para mulheres e indivíduos desnutridos e de peso abaixo do normal) Neo: 0,30 0,45 0,60 Ars: 0,04 0,06 0,06 para indivíduos dentro do peso normal | |
| 3. ^a a 5. ^a | 1 dose semanal de Neo: 0,60 Ars: 0,06 | |
| 6. ^a e 7. ^a | 1 dose semanal de Neo: 0,60 Ars: 0,06 | Simultaneamente 1 injeção semanal de Bi (0,20 g. do sal) |
| 8. ^a a 11. ^a | | 1 injeção semanal de Bi |
| 12. ^a a 17. ^a | 1 dose semanal de Neo: 0,60 Ars: 0,06 | |

| Semanas | Neoarsfenamina (Neo) Arsenox (Ars) | Bismuto (Bi) |
|--|---|---|
| 18. ^a e 19. ^a | 1 dose semanal de Neo: 0,60 Ars: 0,06 | Simultaneamente 1 injeção semanal de Bi |
| 20. ^a a 23. ^a | | 1 injeção de Bi por se- mana |
| 24. ^a a 29. ^a | 1 dose semanal de Neo: 0,60 Ars: 0,06 | |
| 30. ^a a 31. ^a | 1 dose semanal de Neo: 0,60 Ars: 0,06 | Simultaneamente 1 inje- ção de Bi por semana |
| 32. ^a a 35. ^a | | 1 injeção de Bi semanal |
| 36. ^a a 39. ^a | 1 dose semanal de Neo: 0,60 Ars: 0,06 | |
| 40. ^a a 41. ^a | 1 dose semanal de Neo: 0,60 Ars: 0,06 | Simultaneamente 1 inje- ção de Bi, uma vez por semana |
| 42. ^a a 51. ^a | | 1 injeção de Bi por se- mana |

Observações: A fase de tratamento arsenical terminou na 41.^a semana. Continuar o tratamento unicamente com bismuto em períodos de 8 semanas de repouso e 10 semanas de injeções até o total de 60 injeções de bismuto.

ESQUEMA DO METODO (segundo Stokes)

0 = Neoarsfenamina ou Arsenox

X = Sal insolúvel de bismuto na dose de 0,20 gm. semanal.

| A | 1 | B | 2 | C | 3 | 4 | d |
|----------|---|----------|---|----------|---------|---|-----------------------------|
| 00000000 | | 00000000 | | 00000000 | 000000 | | Fim do tratamento arsenical |
| xxxxxxx | | xxxxxxx | | xxxxxxx | xxxxxxx | | 8 semanas de repouso |

5

xxxxxxxxxxx 8 semanas de repouso (continuar desta maneira até atingir o total de 60 injeções de bismuto)

A — Fazer as 3 primeiras injeções num período de 10 a 14 dias.

B — Na maioria dos casos a sorologia é negativa.

C — Examine LCR (líquido cefalo-raquidiano) se o sangue é ainda positivo.

D — Verificar sorologia antes do período de repouso.

1 — Se o sangue tornou-se negativo suspeitar baixa resistência.

2-3-4-5 — Se as reações sorológicas aparecerem fracamente positivas após negatividade, suspeitar de recaída ou possibilidade de neurosífilis.

Considerações sobre o método — Possibilita ótimos resultados tanto do ponto de vista de cura como também da tolerância, desde que seguido com certo rigor.

Este método poderá ser também utilizado para a sífilis latente tardia com a seguinte modificação: Aplicar 24 injeções de neoarsfenamina ou Arsenox e 80 injeções de bismuto. A seriação das injeções pode ser mais ou menos idêntica. Sobre a escolha do arsenical preferimos o Arsenox. Neste particular seguimos a opinião da maioria dos sífilografos americanos, alguns dos quais como Moore, que afirma incisivamente no seu magnífico livro "The new treatment of Syphilis": "Empregue Arsenox e não Neoarsfenamina no tratamento da sífilis recente". A grande desvantagem do método contínuo americano é a duração: 3 anos. Ora em sífiloterapia o número de pacientes curados é inversamente proporcional à duração do tratamento. Tal fato, verdadeiro nos Estados Unidos, é muito mais evidente em nosso meio, onde, desaparecidas as lesões, em regra geral os pacientes abandonam o tratamento. Decorre disto a atual tendência de métodos de tratamento de menor duração. Com a guerra este fato

acentuou-se ainda mais. O exercito norte-americano, após cuidadosos estudos, adotou pela "Circular-letter 74 do Surgeon General Office", um sistema que ficou conhecido pelo tempo de tratamento: 26 semanas. Dadas as suas peculiaridades, e pela responsabilidade de quem o adotou, este metodo devia alcançar enorme repercussão.

Apresentamos a seguir o seu esquema:

O MÉTODO DE 26 SEMANAS (Esq. de Stokes)

| Semanas | Arsenox | Semanas | Bismuto insolúvel |
|---------|--------------------------|---------|---------------------------------|
| 1 | | 1 | 0,20 gm. de sal, intramuscular- |
| 2 | | 2 | mente, uma vez por semana, |
| 3 | | 3 | Total: 20 injeções. |
| 4 | Arsenox intravenosamen- | 4 | |
| | te 2 vezes por semana. | 5 | |
| 6 | | | |
| 7 | Total: 20 injeções. | 6 | |
| 8 | | 7 | |
| 9 | | 8 | Suspender bismuto 5 semanas |
| 10 | | 9 | |
| | | 10 | |
| 11 | | | |
| 12 | | 11 | |
| 13 | Suspender Arsenox | 12 | |
| 14 | 6 semanas | 13 | Bismuto uma vez por semana. |
| 15 | | 14 | Total: 6 injeções |
| 16 | | 15 | |
| | | 16 | |
| 17 | | | |
| 18 | | 17 | |
| 19 | | 18 | |
| 20 | Arsenox como no 1.º cur- | 19 | Suspender Bismuto 5 semanas. |
| 21 | so 2 vezes por semana | 20 | |
| 22 | | 21 | |
| 23 | Total: 20 injeções | 22 | |
| 24 | | 23 | |
| 25 | | 24 | Bismuto uma vez por semana. |
| 26 | | 25 | Total: 5 injeções |
| | | 26 | |

Doses 0,05 a 0,07 gm. de Arsenox, na base do peso do paciente.
0,20 gm. de sal insolúvel de Bismuto (0,11 a 0,13 de Bi-mental).

Total: 40 injeções de arsenox. 16 injeções de bismuto

Controle sorológico: No início, no término e 6 meses após o tratamento. Negativas as reações sorológicas, classificar o caso como “resultado satisfatório” e pode ser dada a alta.

Considerações sobre o “26 semanas”: Atende perfeitamente às finalidades práticas. Além disso apresenta ótima tolerância. É o Método por nós adotado no Posto Anti-venereo, desde sua fundação. Este, pelas suas finalidades, visa principalmente a profilaxia social e por isso é lógico a adoção de um método que determine o mais depressa e o mais universalmente possível a esterilização dos doentes, eliminando assim a possibilidade da difusão da endemia, nos meios sociais particulares, aos quais o Posto-Anti-Venereo atende.

Contemporaneamente ao processo de 26 semanas, apareceram outros métodos procurando maior redução do tempo no tratamento. São os métodos de cura rápida e intensiva. Resurgia sob outros aspectos, a “terapia magna sterilisans” que visava, pela administração maciça de um arsenical, obter a cura do indivíduo.

Entre estes diversos métodos, merece divulgação, a título de curiosidade, pelo sucesso que chegou a ter o:

METODO DO GOTA A GOTA INTRAVENOSO EM 5 DIAS

Era empregado em indivíduos jovens, em bom estado geral, com controles clínicos e laboratoriais cuidadosos. Consiste na administração da dose de 1000 a 1200 miligramas de Arsenox, dissolvidos em soro glicosado a 5% em 5 dias seguidos, gota a gota na veia. A dose diária é de 200 a 240 miligramas, administrados em 10 a 12 horas. A solução é de 0,01 gm. de arsenox para 100 cc. de soro dextrosado.

Considerações sobre o método: Esse método, ou uma das suas variantes chegou a alcançar algum sucesso nos Estados Unidos e em outros países. Com o decorrer do tempo, o aumento da casuística revelou os seus grandes inconvenientes, entre os quais a elevada mortalidade, de 1 para 200 nas últimas estatísticas. Ora se com os sistemas comuns os acidentes graves são raríssimos, os mortais quasi nulos e os resultados terapêuticos ótimos, não se poderia de maneira alguma justificar o uso de um método que apresenta tal mortalidade. Daí o abandono definitivo desse método, e as novas pesquisas neste setor.

METODO DE MULTIPLAS INJEÇÕES EM 10 DIAS

(Schoch, Thomas)

Este tratamento deve ser feito em hospital. Duas injeções de “arsenox” diariamente durante 10 dias. No 1.º, 4.º, 8.º e 12.º dias fazer 0,20 gm. de subsalicilato de bismuto. E’ um metodo tambem de alta mortalidade.

Um novo metodo, com o emprego de arsenico e bismuto foi proposto por Eagle em 1943 e era um ponto intermediário entre este último e o 26 semanas.

METODO DE 12 SEMANAS DE EAGLE

Os pacientes tamam 3 injeções semanais de “arsenox nas seguintes doses:

| | |
|-----------------------|--------|
| Menos que 55 kg. | 50 mg. |
| 55 a 70 kg. | 60 mg. |
| Mais que 70 kg. | 70 mg. |

O tratamento é feito em 12 semanas, com o total de 36 injeções de Arsenox. Os pacientes receberão tambem uma injeção semanal de bismuto, na dose de 0,20 gm. de sal (sub-salicilato de bismuto), no total de 12 injeções. O tratamento não exige a hospitalização. Deve entretanto ser praticado em serviços sob controles rigorosos.

A PENICILINOTERAPIA DA SIFILIS RECENTE

O tratamento pela penicilina ainda em fase de estudo constitue uma das grandes esperanças da nossa terapêutica. Os primeiros resultados foram apresentados por Mahoney e colaboradores (Mahoney, J. F.; Arnold, R. C.; and Harris A.: Penicillin treatment of Early Syphilis, Am J. Pub. Health 33: 1387 Dec. 1943). que apresentaram um estudo preliminar feito em 4 pacientes, portadores de lues primaria, comprovada pela pesquisa no campo escuro, tratados com 1200.000 U. O. de penicilina na dose de 25000 U. O. cada 4 horas. Os pacientes tiveram rapida cicatrização das lesões e tornaram-se soronegativos dentro dos primeiros três meses. Posteriormente o mesmo Mahoney e colaboradores (Mahoney, J. F.; Arnold, R. C.; Sterner, B. L.; Harris, A.; and Zwally, M. R.: Penicillin treatment of Early Syphilis,

J. A. M. R. 126: 63 Sept. 1944) referiram novas estatísticas, com 100 casos tratados, com injeções intramusculares cada 3 horas de 20.000 unidades, no total de 60 injeções ou seja de 1200.000 unidades. Quasi simultaneamente novo trabalho de Moore e Mahoney era publicado com 1418 casos tratados e observados em media 250 dias após o tratamento. (Moore, J. E.; Mahoney, J.F.; Schwartz, W.; Sternberg, T.; and Wood, W B.: The treatment of Early Syphilis with Penicillin, J. A. M. A. 126: 67 Sept. 1944).

As observações destes autores mostraram que a penicilina deve ser usada em multiplas injeções. Apresenta tambem um efeito imediato na cicatrização das lesões e na reversão sorologica. Estes efeitos imediatos são em geral identicos, dentro de uma dose de 60.000 a 1200.000 unidades dadas intramuscularmente cada 3 horas, num total de 60 injeções, ou quando se empregam 300.00 a 1200.000 unidades cada 3 horas, em um total de 30 injeções. Ficou tambem evidenciado que a porcentagem de recaidas sorológicas e clinicas era maior com 30 injeções que com 60 injeções, e neste metodo de acordo com as doses empregadas. Assim a porcentagem de recaidas era de 100% para 60.000 U. O.; de 75% em 300.000 unidades; de 40% em 600.000 e de 15% a 20% em 1200.000 unidades. *Este último resultado é pouco inferior aos apresentados pelos sistemas intensivos, semi-intensivos e prolongados de arsenicais e bismuto.* (Moore, J. E.: Bulletin of New York Academy of Medicine, January 1945). O emprego de doses maiores como de 2400.000 unidades em 60 injeções, não permite ainda conclusões. (Ross, A. O. F.,; Nelson, R. B.; Laurie, E. M. and Collier, H. O. S. Treatment of Early Syphilis with Penicillin J. A. M. A. 127-16 1945).

Foram tambem empregados metodos mistos de penicilina e arsenox simultaneamente. Nestes se usa de 60.000 a 1200.000 de unidades, associadas a 320 mg. de arsenox, feitas na dose de 40mg. diarias.

Em resumo, os estudos sobre a penicilina estão em andamento. O que parece estabelecido é que a dose minima a ser utilizada é de 1200.000 unidades. (Binkley G.W.; Kile, R. L.; Rapid treatment of Syphilis with small doses of Penicillin. Arc. Der. and Syphy. 5. — 3 — march 1945.

CONCLUSÕES

A sífilis é uma doença que, pela sua importancia demografica e social, constitue em todo o mundo um problema sanitario de primeira grandeza. No nosso país, mais que em qualquer outro, podemos afirmar que a endemia luética, pelas suas consequências, sobre a

mortalidade, a natimortalidade e a morbidade, deve atrair a atenção do médico, do sanitarista e do legislador. Qualquer contribuição para o estudo da moléstia em nosso meio, qualquer orientação para o médico prático que o guiem na indicação de um tratamento eficaz, que elimine alguns dos muitos conceitos erroneos existentes neste campo nos parece digno de aceitação. A finalidade deste artigo não é, de fato, expor conceitos pessoais, mas exclusivamente o de relatar os conceitos modernamente aceitos pela maioria dos sifilógrafos e que na nossa experiência, deram resultados tais que nos induzem a divulgá-los.

A certeza do diagnóstico, o início precoce do tratamento, a constancia e o uso de medicamentos adequados e a consciência de ter procurado obter a cura radical, são os elementos fundamentais, sobre os quais se baseia a obra do sifilógrafo. Com os novos métodos de tratamento da sífilis, a luta contra a endemia entra em sua fase decisiva. Os órgãos de combate a endemia e em particular a Liga de Combate à Sífilis, entidade dos estudantes de Medicina da Faculdade, que a mais de 25 anos vem se dedicando a profilaxia da moléstia em nosso meio, encontrarão nesses novos métodos, armas para completar a grande tarefa que é a extinção definitiva da endemia luética.

OBRAS CONSULTADAS

- J. E. Moore e colaboradores: **The new treatment of Syphilis** Ed. 1944
- J. H. Stokes e colaboradores: **Moder Clinical Syphilology** Ed. 1944.
- J. Mota e outros: **Padronização do tratamento da Sífilis recente** Ed. 1941
- M. B. Sulzberger: **The 1944 Year Book of Dermatology and Syphilology.**

MAIZENA DURYEA
KARO
D E X T R O S O L

ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).