

TRATAMENTOS DA VULVO-VAGINITE INFANTIL GONOCÓCICA*

Pelos Drs. MARTINS SAMPAIO e RIBEIRO GOMES

A frequência das vulvo-vaginites infantis gonocócicas, aliada aos insucessos da terapêutica, é um grito de alarme para as futuras conseqüências na esfera genital da mulher, as quais até hoje ainda não foram encaradas com a observação longa e estudo que parecem exigir, com tal etiologia.

Autores e especialistas muito se têm preocupado com as mais variadas formas da infecção gonocócica no homem e na mulher; entretanto, dedicam somente uma pequenina parte de sua atenção as vulvo-vaginites infantis blenorragicas. Isso pelo menos é a nossa impressão. Entretanto, uns e outros trabalhos sobre o assunto, nos levaram a crêr que nos Estados Unidos e na Alemanha ha maior interesse sobre tão grave infecção.¹

Havendo neste ambulatório uma secção para o tratamento das vulvo-vaginites infantis gonocócicas, achamo-nos agora no dever de trazer ao conhecimento de todos, o fruto da nossa observação sobre 130 doentinhas.

Desde outubro de 1926 até o mês actual, observamos: em 1926 2 casos; 1927, 5; 1928, 0; 1929, 4; 1930, 17; 1931, 20; 1932, 29; 1933, 38; 1934, 15. Aumento êsse devido à melhor compreensão dos doentes, que agora já procuram o ambulatório sem relutância.

Em relação à cidade, verificamos: de 7 meses, 1; 14 meses, 1; 18 meses, 1; 20 meses, 1; 3 anos, 7; 2 anos, 10; 4 anos, 14; 5 anos, 24; 6 anos, 14; 7 anos, 13; 8 anos, 11; 9 anos, 9; 10 anos, 17; 11 anos, 4; 12 anos, 3; 13 anos, 1. É portanto aos 4, 5, 6 e 10 anos que notamos maiores incidências. Dêstes 130 casos: 4 eram agudos, 8 subagudos e 118 crônicos (corrimentos que já datavam as vezes de alguns anos).

As complicações foram, felizmente, mínimas; isto é, de acôrdo com as complicações de vulvo-vaginite gonocócica infantil. Assim, notamos a concomitância da uretrite e cistite em 4 casos, da conjuntivite em 1, da artrite monoarticular em 2, da peritonite generalizada em 1 caso nosso, operado pelo Dr. Moreno Filho—alta curada.

Com relação ao tratamento, temos a esclarecer que em virtude de dificuldades e comodidade aos doentes na Secção, somos obrigados a fazer o tratamento 4 vezes por semana. Isso fez com que dividissemos a eficiência do tratamento em 6 grupos, assim: (a) não tratados

* Trabalho do Ambulatório Gaffrée e Guinle de Santos.

¹ Ver p. 1039, *BOLETIM*, nbro. 1934.

os que só tiveram 1 mês de frequência, são 28; (b) insuficientemente tratados, os de 2 meses, 29; (c) regularmente tratados, os de 3 meses, 11; (d) bom tratamento, os de 5 meses, 42; (e) os que atingiram 1 ano de curativos assíduos, 5; (f) os que tiveram tratamento longo (6 meses a 2 anos), porém interrompido mais de uma vez, 4; (g) ainda em tratamento, 9; sendo 2 em observação de cura. Fazendo abstração deste último grupo, concedemos 15 altas curadas e 2 altas a pedido, tendo desistido em tratamento 106 meninas.

Para a alta curada são necessários: 1º Ausência de sinais clínicos; 2º exames bacterioscópicos espaçados de 8 dias; 3º reactivação com a vacina negativa. Com este critério não observamos um caso sequer de reincidência. É, aliás, uma modificação do critério de Stein (1923) para a cura da blenorragia infantil: (a) desaparecimento de sinais clínicos; (b) 3 exames negativos com 1 semana de intervalo; (c) período de observação igual ao tempo de duração do tratamento.

O tratamento foi o mais variado possível, não tendo nós poupado esforços para debelar o mais rapidamente esta forma de gonocócia infantil. Assim, assinalaremos apenas, os tratamentos que melhores resultados nos forneceram, foram: (a) o emprego de permanganato de potássio a 1:4,000 alternado com o Dially-Argentol, em seguida instilação de argirol de Barnes a 10 por cento e o uso de vacinas e proteínas (stock-vacinas quasi autovacinas, isto é, o Mixoneisser); com este tratamento, em 37 casos houve 7 altas; (b) após emprego do permanganato e vacinas durante 1 mês ou 2, o uso das lavagens de mercurocromo a 2 por cento deram em 11 casos, 4 altas; (c) o rivanol a 1:3,000 auxiliado pelas vacinas, deu em 12 casos, 1 alta; (d) as lavagens exclusivas de permanganato de potássio em 15 casos contribuíam com 1 alta.

Entretanto o neo-silvol, a tripaflavina a 2 por cento, os lapis espumantes de sais de prata e ácido láctico, o pastargol e os mais variados tipos de vacinas, falharam muitas vezes.

No momento actual, empregando-se e observando-se as lavagens únicas de mercurocromo a 2 por cento, com injeções endovenosas de 2 cc da mesma solução, tivemos em 5 casos, 2 altas curadas; chegando à conclusão que esse elemento terapêutico é mais enérgico ou específico que os já citados.

Sendo o tratamento da vulvo-vaginite blenorragica infantil o que mais nos interessa nessas observações, vamos rapidamente recordar os diversos meios ou métodos tentados para jugular essa infecção.

Segundo Bumm, os gonococos se eternizam nos órgãos revestidos de epitélío chato, daí a cronicidade e dificuldade da diapédese, á chegada de anticorpos e naturalmente só destruidos pela acção medicamentosa cáustica, que aliás nas meninas não deixa de ser perigosa. Podemos assim incluir no tratamento das vulvo-vaginites gonocócicas infantis, todos os métodos empregados na blenorragia da mulher,

levando em conta, a idade da criança, a delicadeza do órgão, métodos brandos, a docilidade, paciência, etc.

Na forma aguda, a mucosa sendo extraordinariamente susceptível, produzindo fortes dôres, é quasi impossível o tratamento imediato, limitando-se então às loções emolientes e calmantes, agua branca ou boricada, toques de protargol a 5 por mil ou solargol a 1:4; banhos locais com solução fraca de nitrato de prata ou permanganato a 1:10,000.

Passado o primeiro momento de intolerância, limpa-se a vulva com um algodão embebido em permanganato a 1:1,000 ou oxianeto de mercúrio a 1:1,000, ou protargol a 1 por cento, argirol a 5 por cento, albargina a 1 por cento, e logo depois como prefere Janet, faz-se uma lavagem vaginal fixando os grandes lábios para distensão das pregas. Lavagens essas feitas duas vezes ao dia, usando no intervalo compressas de protargol ou argirol a 5 por cento ou um curativo de gaze com peróxido de zinco.

A lavagem vai visar especialmente a vagina, foliculos vulvares e para-uretrais, que quasi normalmente são comprometidos pouco depois evitando assim um processo mais desenvolvido.

Nos processos sub-agudos, após a lavagem antiséptica, deve-se fazer unções com a pomada de protargol a 1:10. Gellhorn teve sucessos em 1920 empregando o nitrato de prata a 1 por cento com lanolina e petróleo branco em partes iguais.

Tanto nos casos agudos como sub-agudos, o ponto mais importante está no asseio. Semicúpios diários, calças freqüentemente trocadas e lavagem das mãos com cresol a 1 por cento ou simplesmente água fenicada. Dormir isoladamente. Beckman aconsela imergir a roupa numa solução de 1:50,000 de bicloreto de mercúrio. E quando o corrimento fôr intenso, curativos vulvares com gaze em T.

Marras estudando detidamente a ação acridínica, acha que seus derivados (tripaflavina, gonacrina, sanocrina, flavicida, sinflavina, etc.), actuam, não diretamente, mas sensibilizando os gonococos aos meios locais e gerais. É na fase aguda e sub-aguda que essa medição é precisa, especialmente a acriflavina a 2 por cento.

Chegando ao período crónico, os meios de ataque parecem ter se multiplicado, bem mostrando que não ha tratamento infalível.

O permanganato de potássio de 1:10,000 a 1:2,000 foi de todos o mais empregado, simples ou associado, sendo em verdade uma excelente arma de ataque. Alternado com a solução de rivanol a 1:3,000 ou mais diluida, torna-se bastante eficaz, em lavagens simples ou com a cânula dupla de Charrière 10 a 12. Porém ha autores que preferem os sais de prata em grandes lavagens; protargol a 5:1,000, nitrato de prata 1 e 2 por cento, argirol a 25 por cento, mas injectando somente 30 cc. Yesko recomenda êste método desde 1927, julgando ainda

necessário o uso de supositórios de argirol a 20 por cento, duas vezes ao dia. Norris e Mickelberg em 1922 empregaram a solução de Dakin a 1 por cento em óleo de olivas, 90 cc, duas vezes por dia em instilação, tres vezes por semana. Para isso usavam a posição de Trendelenburg ou sacro-dorsal com afastamento das pernas.

O sulfato de zinco a 10 e 20 por mil e o bicloreto de mercúrio a 1:10,000, também foram bastante experimentados. Menos sucessos tiveram as soluções de agua boricada, borato de sódio, licor de Labarraque e água branca. O oxianeto de mercúrio a 0.25 por cento e nitrato a 5 por cento, segundo Menge, são capazes de estabelecer a cura rápida.

Abraham lavava a vagina com soda a 1:125 e applicava o Yoghourt búlgaro, durante 4 mēses; mas nada conseguiu de positivo.

Maior aceitação teve o mercurocromo 220 — empregado a 2 por cento por Young nas infecções locais e por Whitman, Redewill e Potter em injeções endovenosas na blenorragia. Rupel foi o primeiro que o usou localmente. As injeções venosas, como também observamos, dão reacções febris, náuseas e calofrios freqüentemente. As lavagens são feitas a 1 e 2 por cento, usando depois unções com a pomada de mercurocromo a 10 por cento ou melhor a pomada de mercurocromo e nitrato de prata a 1 por cento, que, diz Stein, ter assim curado casos em 10 semanas. O maior inconveniente do mercurocromo é seu poder corante, sendo ás vezes motivo de abandono do tratamento.

Bagnoli tentou fazer lavagens com arseno-benzoés e obteve sucessos especialmente com o uroiacol e o neoiacol. Porém, julgamos perigoso tal método, em virtude da facilidade de absorção da mucosa infantil.

O ácido pírico a 1:500 em lavagens semanais também foi tentado. O ácido láctico a 0.5 por cento é mais útil para o final de tratamento, quando se quer acidificar a secreção, que também é obtida pelas velas de spuman, desprendendo bolhas carbo-gasosas.

A medida que a doentinha melhora, usam-se ou os lapis de argirol a 5 e 3 10 por cento ou os toques de protargol a 1:20, solargol a 1:4, nitrato a 1:50 e ácido pírico a 1:200.

Desde 1925 que no Hospital Guy de Londres se emprega a pomada de protargol e glicerina a 10 por cento, sem resultados nítidos, tendo entretanto Corrêa da Costa no Rio de Janeiro em 30 casos obtido 12 curas. Temos somente 3 casos em observação no momento atual.

Foi por alguns autores indicado o ar quente para os casos resistentes e recurrentes: lava-se então primeiro com uma solução antiséptica e depois na posição de Sims durante 20 a 30 minutos emprega-se o ar quente. Em seguida pincela-se com mercuro cromo a 1 ou 2 por cento.

As vegetações são cauterizadas com ácido tricloracético puro; só observadas nas formas recurrentes em que a sub-mucosa é mais comumente atingida.

Apesar do tratamento local antiséptico, o tratamento geral, vacínico, é também importantíssimo, sendo mesmo meio de tratamento exclusivo. Butler e Long tiveram 11 curas em 36 casos, Weinstein curou 28, Schmidt cura 2 com 4 injeções, Leclerc-Dandoy curou com 5 injeções após um ano de tratamento local impotente, Churchill, Soper, Hamilton e Cooke em 60 por cento obtiveram sucessos. Entretanto Boas e Wulff nada conseguiram. Daí Fessler concluir pela reacção de Muller-Offenheim, que os insucessos das vacinas estão ligados à falta de anticorpos.

A vacina nada mais é que um ensaio de tratamento específico. Tem por isso um activo de sucessos inalterado. As vacinas, quer oleosas, formoladas, fenicadas, atóxicas ou proteino-vacinas ou coloido-vacinas, devem partir de 50 milhões de germens progressivamente de 5 em 5 dias até 5 semanas, sendo para 1 ano de idade a dose inicial de 3 milhões.

Clara aconselha as injeções venosas de vacina gonocócica de 10 a 270 milhões para se colher resultados.

Ultimamente em analogia e pelvi-vacinação, têm-se tentado o que poderia se chamar, vulvo-vacinação; que consiste na injeção submucosa de vacina. Essa técnica não parece ter obtido os resultados esperados, porém nesses dois últimos anos, vem sendo motivo de observações mais minuciosas.

Aos sucessos e ideal da auto-vacina não podemos num ambulatório, sinão limitarmos as stock-vacinas, como preciosos auxiliares do tratamento local (vacinas feitas por nós com germens existentes na uretrite gonocócica do adulto Mixoneisser).

Sobre o sôro anti-gonocócico, apenas digamos de passagem que foi pela primeira vez preparado por Christmas em 1906 na Inglaterra, depois seguido por Pissavy (1909), Fenwick e Parkinson, Sterian, Bruck, etc. Suas reacções são grandes e os resultados mediocres.

Quanto à via bucal para medicação antiséptica na criança, nada ha de positivo; necessitando mesmo de maiores detalhes para ver si de fato ha alguma vantagem, o que não parece haver.

Mas o tratamento geral, com tónicos, óleo de figado de bacalhau e regime, vae tornar a luta mais eficaz, daí a grande importância, que não pode ser esquecido, e sim visado dêste o início.

Além do ponto de vista geral, para se obter uma cura rápida é indispensável a cooperação materna, pois o tratamento é prova de paciência; e será ela que em casa fará as lavagens, compresas, pince-lagens, vigilância, etc.

Finalmente, não tratada, a vulvo-vaginite pode permanecer localizada; para Bumm e Epstein, o gonococcus pode durar 10 anos na vagina infantil, mas a propagação é possível e então com o ataque ao útero, trompas, ovários, peritoneo (que além do caso já citado, Dr. Moreno Filho operou um segundo), podendo mesmo seguir o

plexus para-genital. E outras vezes contaminar mais tarde o homem, a-pesar-de Norris sustentar que com a puberdade a infecção desaparece.

Bibliografia

Beckman, H.: Vulvovaginitis of Infants, "Treatment in General Practice", 1930.

Birk, W.: Vulvovaginite gonocócica, "Elementos de Pediatria", 1929. Trad.: M. da Rocha, Jr.

Corrêa da Costa, C.: Vulvovaginite blenorragica infantil, Rev. Gyn. & Obs., XI, 1933.

Fame e Siredey: Vulvites blenorragicas, "Traité de Gynécologie", 1928.

Fessler, A.: Diagnóstico e terapêutica da vulvovaginite blenorragica infantil, Wien. klin. Wochens., 35, 1932.

Graves, W. P.: Vulvovaginitis, "Gynecology", 1929.

Janet, J.: Vulvovaginite des petites filles, "Diagnostic et Traitement de la Blennorrhagie", 1930.

Machado Filho, A. P.: Que ha de positivo e fictício no tratamento da blenorragia, Rev. Urol. S. Paulo, vol. I, 1934.

Morse, J. L.: Urethritis and Vulvovaginitis, "Clinical Pediatrics", 1929.

Stoeckel e Reiferscheid: Tratamento da vulvovaginite infantil, "Tratado de Ginecologia", 1926.

Ann. Dermat. & Syph., 128, 1929; 303, 1930; 69 e 86, 1933.

Bol. Of. San. Pan.: Venéreas, 145, fev. 1932; Enfermedades transmisibles, 516, maio 1933.

A investigação médica no Brasil.—É para nós brasileiros profusamente salutar, que hajamos tido Wucherer que descobriu a filaria entre nós, Silva Lima, o aínhum, Pedro Severiano Magalhães, a sua filaria, Carlos Chagas e a sua enfermidade, Lutz, o ciclo biológico de eschistosoma. É para nós fundamentalmente constructor que Miguel Couto tenha feito as memoraveis pesquisas acerca da clinica, da patogenia e da anatomia patológica da febre amarela, e criado a poliosteatoze visceral. Consolanos o direito da nação progredidora haver os trabalhos de Osvaldo Cruz, a descoberta do virus filtravel da tuberculose de Fontes, a cura da leishmanniose conquistada por Gaspar Vianna, a síndrome de Fraga, isto é a forma supra-renal do impaludismo, as investigações fisiológicas dos irmãos Osorio de Almeida, os novos signaes neurológicos descritos por Aloysio de Castro. As aquisições anti-oftídicas de Vital Brasil, os estudos anatomo-patológicos do aínhum de Juliano Moreira, as investigações micológicas de Olympio da Fonseca Filho, os fatos novos e as novas especies advindas de dedicados colaboradores do Instituto Osvaldo Cruz, as indagações clinicas originaes de Annes Dias, as pesquisas anatomopatológicas da febre amarela, o typho exantemático de Rocha Lima, as aquisições novas e experimentais e anatomo-patológicas de Moses, Aragão, Ulysses Vianna, Moreira da Fonseca, Helion Povoá, de Magarinos, os trabalhos de Octavio Magalhães, sobre o escorpionismo, o methodo Balena no tratamento da coréa, enfim tantos e tantos não posso todos enumerar por falta natural de tempo.—A. AUSTREGESILLO, *Bol. Acad. Nac. Med.*, 930, N° 20, 1934.