

Novos Rumos no Tratamento da Boubá

Dr. Waldemir Miranda

Docente livre de Dermatologia da Faculdade de Medicina do Recife.

Chefe de Clínica do Hospital D. Pedro II

Dentre os assuntos que a prática clínica me tem sugerido, em um decênio de atividade hospitalar, fui naturalmente buscar o mais apaixonado ao meu espírito para "Revista de Medicina", dos estudantes da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Quero referir-me á boubá ou framboesia tropical, treponemose que, em alguns estados do nordeste e do norte, incide com notável frequência, constituindo porisso preocupação sanitária de grande vulto.

Não seria demasiado acentuar a importância para a nossa mesologia de uma infecção cujo campo clínico se estende em face das formas tardias que se podem apresentar na sua evolução. A existência da boubá terciária não parece sofrer contestação. Os tropicalistas brasileiros a tem registrado com expressiva documentação clínica e epidemiológica.

O que dificultou por tantos anos a identificação desses casos foi a sua analogia com a sífilis. Sífilis e boubá se confundem sob múltiplos aspectos a começar pelos dados históricos. E de tal maneira se embaralham os fatos que até hoje restam dúvidas quanto á época do aparecimento desta treponemose em nosso paiz.

Anterior á descoberta do Brasil ou trazida, posteriormente, pelos navios negreiros, o que importa é o estudo sistemático da molestia para orientação científica e prática dos meios de proteção ao indivíduo doente e á coletividade ameaçada. E, diga-se de passagem, é na terapêutica anti-infectuosa que se encontram as verdadeiras bases da profilaxia da boubá.

Antes, porém, de ser focalizado esse aspecto da questão, algumas noções pouco ou erradamente divulgadas exigem um minuto de atenção.

Não têm razão os que insistem em agrupar numa só entidade morbida as duas treponemoses humanas: sífilis e boubá. Não se póde levar a serio a afirmação de que a boubá corresponde á sífilis selvagem, antiga, que nos povos primitivos conserva ainda o seu dermatotropismo acentuadamente positivo. Para alguns autores a sífilis atual seria uma modalidade evolutiva criada pela civilização, sob influências diversas: mesológicas, étnicas ou sociais. A sífilis seria a mesma treponemose que se tornou vicero e neurotrópica. Embora possa parecer palpitante o debate dessas doutrinas, não cabe fazê-lo nos quadros deste artigo, obrigação, aliás, a que não me sinto preso por já haver tratado do assunto no livro — *A boubá no nordeste brasileiro*.

Para a quasi unanimidade dos tropicalistas, todavia, boubá e sífilis são molestias distintas. É o que indica a experiência clínica das zonas em que são frequentes, sem se confundirem, essas duas treponemoses. Ao contrario, dados

epidemiologicos as separam, aí, suficientemente. Para citar alguns desses elementos diferenciais quero registrar apenas o que se passa para o lado do sistema nervoso. E com isso respondo a uma velha questão:

Póde o treponema pertenuae lesar o sistema nervoso? Para argumentar admitam-se as formas nervosas descritas por HARPER na boubá. Mas, si a boubá é capaz de provocar syndromes nervosas, porque o exame do liquido cefalo-raquiano não as surpreenderá no periodo pré-clínico ou biologico?

Que reações apresentariam, emfim, as meninges no periodo septicemico da boubá?

Em esquema, conforme mostra o quadro apresentado, a punção requiana poz em destaque as seguintes reações, todas ligeiras e quasi sempre isoladas:

Hipertensão	14,2%
Hiperleucocitose	12,7%
Híperalbuminose	15,2%
Hiperglobulinose	11,0%
Wassermann	4,3%
Lange	53,8%

Em nenhum caso, porém, foram observadas reações positivas completas. Os dois casos de positividade wassermaniana estão prejudicados por acidente de punção (hemorragia), suficiente para explicar a positividade dessa reação pela passagem de reaginas do sangue ao L. C. R.

A grande percentagem de reação de LANGE positivas, a rigor, poderia ser reduzida pela exclusão de muitos casos em que essa reação foi fraca em intensidade.

Bastaria para isso não considerar como positivos os casos de floculação ligeira, traduzidas em grafico pelo n.º 2.

Porque, si realmente cabe á reação de LANGE ou de ouro coloidal pela sua sensibilidade a vanguarda das reações coloidais, pouco valem os seus resultados como especificidade.

O que posso afirmar é que as modificações verificadas para o lado do Sistema Nervoso no periodo de erupção framboesiforme não autorizam uma conclusão a favor da existencia de meningite secundaria na infecção pelo treponema de CASTELANI.

O que se observa é a positividade de certas reações, mas isoladamente, sem o cortejo das demais alterações biologicas que geralmente se associam entre si nos processos meningiticos bem caracterizados. Reações parciais ou fracas, nesse caso, não satisfazem ao diagnostico. O que fala alto é o conjunto dos exames. É o "espectro das reações" como bem definiu ESKUCKEN. Por outro lado, nunca surpreendi reações positivas francas em casos de boubá terciária. O que parece ressaltar dessas pesquisas, feitas em colaboração com o Dr. Alcides Benicio, é a inadaptabilidade do treponema de CASTELLANI á trama meningocerebral.

Não passa, em suma, de germe dermatropico, incapaz de multiplicar-se no tecido nervoso. Dir-se-ia, quando muito, que o treponema lambe as meninges sem virulencia para ataca-las na intimidade.

Outros aspectos menos especulativos interessam de perto ao Brasil por ser o nosso país o maior foco de boubá na America do Sul.

Que se tem feito, entretanto, para conhecer a extensão do mal?

Quasi nada. A literatura medica nacional, infelizmente, se vem empobrecendo á medida que a boubá se desloca das proximidades dos centros de cultura universitaria para as zonas rurais. Medicos a desconhecem, sanitaristas a desdenham e, ainda mais, já houve quem a considerasse como molestia historica em nosso país, nada mais representando na hora presente. No entanto, assim

não é. Existem focos disseminados por quasi toda a extensão do Brasil, principalmente no Norte. Nas zonas serranas do Ceará e da Paraíba o mal assume proporções assustadoras. Basta referir, quanto a esses estados, alguns dados informativos. Em 1933 os Serviços de Saúde da Paraíba matricularam 3.249 casos de boubá. No Ceará a matrícula ascendeu em 1934 a 2.334 casos.

E' curioso assinalar, embora rapidamente, a irregular distribuição geográfica da boubá. Ao lado de zonas terrivelmente assoladas, outras escapam á ação do mal.

Qual o motivo dessa caprichosa distribuição geográfica?

No nordeste-aparente paradoxo para uma molestia reconhecidamente tropical — são as zonas de clima mais ameno (altitude média — 600 metros) as mais atingidas pela doença. Já não existe, por exemplo, na planície sertaneja, rareando também na faixa litorânea. O que parece explicar, em parte, essa caprichosa repartição da boubá nessas regiões é o fator humidade (a média anual de humidade relativa é de 85% nas zonas serranas para 61% no sertão). Outro fator de importancia é a miséria social ao lado do desconhecimento das mais rudimentares noções de asseio e de proteção individual.

Outras causas dadas como predisponentes não têm a importancia que lhes foi atribuída. As nossas estatísticas sobre a raça, sexo e idade, mostram a inexistencia de qualquer participação atribuível a algum desses fatores.

A boubá é realmente a molestia da pobreza, do desasseio e da semi-nudez dos habitantes dos tropicos. Da pobreza que os obriga aos mais rudes misteres, do desasseio que facilita o contagio e da semi-nudez que os expõe aos constantes traumatismos profissionais, portas abertas á infecção.

Passando em revista, sumariamente, outras noções de interesse no estudo da boubá quero destacar dentre muitas as seguintes:

a) sorologia fortemente positiva para todas as reações empregadas no diagnostico da sífilis, não servindo pois esse meio para a diagnose diferencial;

b) mesma observação para as reações alergicas e citologicas (leucocito-diagnostico de GOUIN). Ainda outros dados interessantes nos são fornecidos pela experimentação.

1) prova de contagiosidade dos produtos proveniente de lesões boubaticas cutaneas;

2) prova de virulencia do sangue (periferico e esplenico), dos ganglios e medula ossea dos animais infectados;

3) prova de imunidade retardada, isso em comparação com o que ocorre na sífilis; daí a possibilidade de auto e hetero-infecção nos primeiros tempos da doença, (sete mezes para o macaco, segundo SCHOLL, e dez para coelho na opinião de NICHOLS);

4) prova de infecção simultanea ou cruzada da boubá e sífilis em um mesmo individuo (para um total de 14 experiencias na sífilis nervosa consegui tres inoculações positivas com aparecimento do cancro boubatico).

Vejamos agora, em linhas gerais, a terapeutica da boubá.

Muita gente se ilude quando afirma que a cura da boubá não exige senão algumas injeções arsenicais. O que se obtem com semelhante terapeutica é apenas a cicatrização das lesões atuais, nunca a cura definitiva da doença.

A sôrologia da boubá isso demonstra cabalmente. Na maioria dos casos o WASSERMANN ainda se conserva fortemente positivo após a cura dos accidentes secundarios. O silencio clinico que se segue a essas manifestações não indica que se tenha cortado o ciclo evolutivo da molestia no organismo infectado. O drama morbido continua. Cedo ou tarde reviverá o processo morbido — sob os mesmos aspectos das lesões precoces ou sob formas novas proprias do terciarismo boubatico.

Não é despropósito insistir sobre as formas tardias da infecção pelo treponema de CASTELLANI. A boubá não é apenas uma erupção papilomatosa.

O periodo framboesiforme constitue uma etapa da sua longa evolução. A doença a semelhança da sífilis apresenta tres periodos:

- 1) acidente de inoculação (bouba mãe ou cancro boubatico).
- 2) accidentes secundarios generalizados, framboesiformes.
- 3) accidentes terciarios (forma cutanea geralmente ulcerosa e formas osseas — exostoses e osteites hipertroficas).

Ainda nesse capitulo não vai grande diferença entre a treponemose universal e a tropical. Esta, á semelhança da sua irmã, tambem exige tratamento sistematizado, unico capaz de cortar-lhe a evolução insidiosa. A terapeutica a ser aplicada deve, pois, copiar em linhas gerais a da sífilis, reduzindo, porem, as séries em dose e numero, uma vez que não ha na bouba o perigo das localizações nervosas.

Outro aspecto a encarar cuja importancia crece em se tratando de molestia mais comum nas populações pobres — é o economico.

A medicação ideal teria de preencher tres condições: ação pronta, eficacia completa e preço reduzido. Para esse objectivo voltam-se no momento todos aqueles que se preocupam com o problema da bouba.

De toda parte chegam noticias de tentativas nesse sentido. Varios succedaneos dos arsenicais, medicação até hoje considerada como unica especifica, não lograram grande exito. Assim falharam os iodetos e o metodo de VAN NITTEN de tratamento pelo sulfato de cobre. Só há uma excepção vitoriosa a registrar no fracasso da terapeutica não arsenical da bouba — é o tartaro-vanato de sodio. E' desse produto que me quero ocupar com vagar.

Trata-se realmente de uma medicação eficaz, de ação rapida e que tem sobre os arsenicos a vantagem do preço. Empreguei-a largamente a partir de 1934 com resultados animadores. Ação cicatrizante notavel. Cura clinica, em media, com 15 injeções. Estas, dada a habitual tolerancia do doente, poderão ser aplicadas duas ou tres vezes por semana. Com essa tecnica se reduz a hospitalisação dos enfermos a um periodo de 4 a 6 semanas, o que até então só era conseguido com uso da medicação arsenical. Esta, embora mais ativa, nem sempre pôde ser usada, apresentando duas desvantagens: uma já referida quanto ao preço elevado, e a outra relativa aos accidentes por ela provocados. É uma medicação que exige maior assistencia da parte do medico, circunstancia que dificulta sua aplicação nos postos anti-boubaticos do interior.

Tenho no arquivo do serviço de dermatologia do Hosp. Pedro II algumas dezenas de observações com o emprego de tartaro-vanadato de sodio, todas coroadas de exito completo. Isso não exclue a necessidade de séries outras para consolidação da cura clinica. É que, como na sífilis, nenhum tratamento põe o doente ao abrigo das formas tardias da infecção. É conveniente aconselhar a todos os beneficiados por esse tratamento a submissão a outras séries, necessarias para a consolidação da cura.

Feito o tratamento de ataque pelos arsenicos ou pelo vanadio, facil é manter o resultado obtido com uso de mais duas séries, sendo uma de bismuto. São essas as regras gerais do tratamento da bouba, sujeitas ainda á revisão. Não há, no momento atual, uma pauta de tratamento. Nenhum trabalho ainda de padronisação. O que fica exposto é apenas uma tentativa nesse sentido.