Tratamento da Sífilis Ocular (*)

Dr. J. MENDONÇA DE BARROS — S. Paulo

Escolhendo como tema a ser apresentado em uma reunião de Mesa Redonda de Oftalmologistas "Tratamento da sífilis ocular", nossa intenção foi tão sòmente, provocar discussão sôbre um dos capítulos mais importantes de nossa especialidade, em que cada oculista possa manifestar o resultado de sua experiência pessoal e confronta-la com o que vem exposto nos livros, resultado da prática alheia. Evidentemente, é um assunto em que pouco ou mesmo nada se poderá adicionar ao que está estabelecido, às vezes já de há muito tempo; da troca de idéias, no entanto, acreditamos, algo bom poderá resultar.

Lembremos, de início, que o tratamento da sífilis ocular não difere, em linhas gerais, dos métodos empregados quando a lues se localiza em outros órgãos. Isto em linhas gerais, porquanto em certos casos especiais há normas terapêuticas que devem ser modificadas.

Ademais, devemos ter em linha de conta que não são muito numerosos os casos em que, com certeza, podemos firmar o diagnóstico de **Sífilis ocular** predominando os aparentemente inespecíficos em que a sífilis poderá estar em jogo. São, evidentemente, duas faces do problema, o que nos conduz a considerar:

1. Os casos que falam francamente pela sífilis ou o aspecto morfológico da lesão ocular (protosifiloma localizado externamente, papulas e condilomas irianos) ou co-existência de secundarismo ou lesões outras, alhures situadas, e nitidamente de natureza luética; história francamente positiva, sorologia, etc.; queratite parenquimatosa aliada aos outros elementos da triade de Hutchinson, fundo de olho em sal e pimenta, etc.

2. Os casos aparentemente inespecíficos e em que a sífilis **poderá** estar em jogo, em indivíduos com história negativa, sorologia também negativa e em que se poderá pensar em uma **prova terapêutica.**

Tratamento da sífilis ocular — De um modo geral o tratamento da sífilis ocular não difere do proceder em outras localizações do mal, dissemos no início.

(*) Relatório às "Jornadas Oftalmológicas de 1945", realizada no Rio de Janeiro entre 1-6 de setembro.

Várias acusações pesam sôbre nós oftalmologistas no modo de considerar o ataque ao mal. Umas giram em torno ao emprêgo de alguns medicamentos que a prática não oftalmológica tem condenado, por perigosos ou menos adequados, suscetíveis de ser substituidos por outros de valor terapêutico maior (as soluções aquosas de bismuto, por exemplo, certos preparados mercuriais, etc.); outra por não levarmos em conta o doente, de um modo total, e nos limitarmos à observação pura e simples do fenômeno ocular e não fazermos uso (por timidez e receio infundado) de preparados verdadeiramente ativos como os arsenicais trivalentes, por exemplo.

Não padece dúvida que para a instituição de uma terapêutica anti-sifilítica eficiente, que vise sobretudo a doença de que o paciente é portador (sífilis) antes que a manifestação que, no momento o aflige (a ocular) mas que pode não ser a mais grave que o atinge, é necessário, antes de mais nada, a resolução de certos problemas:

1. A alteração ocular pertence a que fase da sífilis? Trata-se de uma manifestação da sífilis adquirida ou congênita?

2. A lesão ocular é a única manifestação clínica da sífilis?

3. O paciente já fêz anteriormente uso de qualquer medicamento? Quando, que espécie, e que quantidade? Foi o tratamento adequado ou irregular?

4. Qual o estado dos emunctorios?

Ante êsse esquema a ser preenchido e que poderá ser criticado pela sua complexidade, mas cuja defesa resulta fácil porquanto visa êle tão simplesmente colocar o especialista em condições de tratar bem o doente e, dest'arte, cumprir rigorosamente sua obrigação como médico, brota logo a conclusão de que, sozinhos, não estamos perfeitamente aparelhados para cuidar adequadamente do sifilítico: necessitamos a cooperação de um especialista que nos dirá das possibilidades de se tratar de uma sífilis recente ou tardia, congênita ou adquirida, da existência de outras manifestações do mal, etc. e, como diz Moore, é bem o caso em que, para o paciente, dois médicos são melhores que um só.

Das condições enumeradas as mais importantes a serem decididas são: trata-se de uma manifestação de uma sífilis adquirida recente ou tardia e do modo porque o paciente se tratou antes.

A **história** nem sempre elucida bem, porque todos estamos habituados a ver como ela é variável na boca de um mesmo doente, de um dia para outro, antes que se resolva a nos dizer a verdade inteira, quanto a isto se dispõe ou é possível, porque há condições que emudecem completamente um paciente, mesmo que o silêncio lhe esteja

causando enorme mal; a **sorologia** também apenas nos dirá se o doente é ou não um sifilítico, dentro de certo probabilidade. A colaboração de um sifiligrafo nos é proveitosa:

a) Êle nos dirá, tanto quanto possível, da fase da infecção e todos sabemos que é ela que condicionará o tipo de terapêutica a ser usada, respeitadas certas contraindicações ou, melhor, com certos cuidados em casos especiais;

b) receberá o doente de volta, depois de realizada a nossa tarefa, que geralmente termina quando o doente se restabelece por completo ou se cicatriza a manifestação ocular, isto é quando obtemos a **cura sintomática**, para continuar a terapêutica que visa a erradicação, a cura biológica na sífilis recente, tarefa que não mais nos compete.

Assim procedendo, acreditamos estar cumprindo rigorosamente a nossa obrigação, com perfeito conhecimento de causa e observância de todos os cuidados necessários porque estaremos considerando que:

a) o doente é antes de tudo um sifilítico e é a sífilis que deverá ser rigorosamente tratada;

b) em matéria de sífilis é preferível não fazer qualquer tratamento a tratar mal. O tratamento insuficiente, mal orientado, apenas irá perturbar as reações imunitárias orgânicas com consequente malefício tardio. Numa irite da sífilis recente, por exemplo, é preferível dar apenas atropina e nada mais, a fazer uso de medicamento que produzirá apenas um alívio momentâneo enganador.

Eis um caso demonstrativo do valor dessa colaboração:

"Paciente feminina, 49 anos de idade, casada, senhora respeitavel, atingida de surto agudo de Irido-ciclite em OE., com todo seu cortejo sintomático. O clínico que nos envia a doente, informa que a sorologia é fortemente positiva e pede-nos orientar a terapêutica. O sifiligrafo nos diz depois: "a paciente está em franco secundarismo". Tratava-se, portanto, de uma irite de sífilis recente. Quem o pensaria? O culpado de tudo, o marido, mantem-se de lado, temeroso de nós e da mulher e só mais tarde é que sabemos a história completa. É evidente que a terapêutica será determinada visando a cura biológica da sífilis recente, possível de ser obtida."

Outro caso:

"Rapaz de 16 anos, consulta em companhia do pai, dizendo sofrer de OD. há mês e pouco. Apresenta córnea turva, exsudatos finos à face posterior da córnea, tindal do aquoso, sinequia posterior às IX horas, vítreo bastante turvo. Reagindo a pupila parcialmente

à instilação de atropina, podemos perceber, através a turvação dos meios, papila intensamente turgida e numerosas hemorragias no polo posterior. O doente exibe resultado de exame de conceituado laboratório da Capital, inteiramente negativo. Conta que há 5 meses teve uma ulceração no prepúcio, dizendo o pai ter sido "fogagem". É enviado ao sifiligrafo que se espanta com o estado sorológico, visto encontrar alterações do tipo secundário tardio no sulco balano-prepucial e nas coxas. Apresenta, além disso, adenite rotulada como de tipo sifilítico. Longe do pai, êle diz que teve um contato suspeito, ulceração no penis, tratada com "algumas ampolas de Arsenox, nada mais usando depois". Foi pedida nova reação de Wassermann, então positiva, e instituida a terapêutica conveniente.

Sífilis adquirida — As mais frequentes manifestações oculares da sífilis adquirida são: no período secundário as **irites** (de tipo plástico ou nodular) as **corio-retinites** (de tipo difuso, disseminado, juxtapapilar) e as **neurites opticas.** Na sífilis secundária precoce, segundo Wood, baseado em relatório do Johns Hopkins Hospital, há 111 casos de sífilis ocular em 2.413 casos, uma incidência de 4,5 por cento. Em 309 casos de sífilis secundária recidivante, houve comprometimento ocular em 29, isto é, 9,3 por cento. É a irite a manifestação mais frequente da sífilis secundária (73,3 por cento do total das complicações oculares). Não se deve esquecer da irido-recidiva, em relação com tratamento não adequado. São também frequentes as alterações do nervo optico na sífilis recente desde uma simples hiperemia até nítidas inflamações do nervo.

Na sífilis adquirida tardia, entre as lesões de tipo inflamatório, a mais frequente é uma uveite generalizada, com queratite secundária. Baseado nos números de Moore, diz Woods que em 3.240 pacientes 109 tinham tal uveite, donde uma incidência de 3.1 por cento. Podem ainda ser encontradas lesões neuro-oculares da neuro-sífilis meningovascular tardia, sendo que uma das alterações mais características é a paralisia de vários nervos cranianos, sobretudo os destinados ao globo ocular. O 6.º é provavelmente o mais atingido, frequentemente em concomitância com comprometimento do 7.º e 8.º. Os outros nervos motores oculares, o 3.º e o 4.º vem a seguir. Entre as lesões degenerativas neuro-oculares, ocorrem na neuro-sífilis parenquimatosa, especialmente tabes e tabo-paralisia, as pupilas de Argyll-Robertson, paralisias dos nervos oculo-motores e atrofia primária do optico. O 3.º par é o mais atingido nesta fase e forma.

Tratamento — A terapêutica das lesões oculares da sífilis recente compreende o emprêgo do arsênico trivalente, do bismuto, do mercúrio. Sôbre a penicilina ainda não se pode, no momento atual, fazer grandes afirmações.

De um modo geral, os oculistas não são muitos amigos do arsênico. E isto não se passa só no nosso meio, como em tôdas as partes do mundo, pelo que se depreende da literatura. Diz Moore que a superstição persiste na medicina como na religião, sendo que uma das mais difíceis de ser combatida é o temor dos oftalmologistas pelos possíveis efeitos deletérios dos medicamentos arsenicais sôbre o olho, o que se reflete nos dados encontrados na literatura oftalmológica, felizmente se tornando gradativamente mais raros, de que mesmo os trivalentes e seus derivados não devem ser usados no tratamento da sífilis ocular, especialmente na atrofia optica. É facil encontrar o ponto de partida dêste conceito e a sua forma de desenvolvimento: data do uso do atoxyl no tratamento da tripanosomiase e sua experimentação na sífilis, originando frequentemente uma ambliopia tóxica. A condenação lançada sôbre êsse preparado foi transferida, injustamente, para o salvarsan; foi aumentada por um tempo pela falta de compreensão do mecanismo de desenvolvimento da recidiva ocular em pacientes com sífilis recente, tratados de maneira inadequada e estava em processo de morte quando foi revivido pela introdução da triparsamida na terapêutica da neuro-sífilis.

Os trabalhos de Zimmermann e Igersheimer (cit. Moore) parecem demonstrar que a arsfenamina e seus derivados (inclusive os óxidos de 914) não possuem efeito deletério sôbre as estruturas oculares. É verdade que Skirball e Thurmon relataram recentemente que os arseno-benzois produzem neurite optica o que, porém, não está de acôrdo com outros pesquizadores.

Segundo Zimmermann os efeitos diretos e indiretos dos arseno-benzóis sôbre o olho podem ser assim classificados:

1. **Verdadeiras reações tóxicas** — Unicamente hiperemia conjuntival que é característico frequente da crise nitritoide e que precede a fluxão cutânea. As outras estruturas oculares nunca são danificadas pelas arsfenaminas ou arsenox. Raramente pode haver uma manifestação ocular tóxica sob a forma de queratite superficial ou úlcera de córnea, associada a dermatite exfoliativa post-arsenical.

2. **Choque terapêutico ocular — Reação de Jarisch-Herxheimer** — Pode surgir, no início da terapêutica arsenical, uma intensificação de uma lesão já existente, uma recrudescência em uma lesão quiescente ou o aparecimento inesperado de um processo inflamatório em estruturas anteriormente aparentemente não comprometidas.

Os sintomas e sinais de uma irido-ciclite podem, temporariamente, mostrar-se peores 24-48 horas após a primeira dose de arsênico, um paciente com sífilis secundária e olhos aparentemente normais pode ver desencadeada uma uveite aguda, etc. Para Zimmermann a reação de Herxheimer apresenta importância clínica apenas

em pacientes com neurite optica ou atrofia optica primária, citando casos pessoais e retirados da literatura em que houve violenta exacerbação inflamatória e hemorrágica em uma neurite optica já existente, com dano permanente à visão, em consequência de uma dose inicial de arsênico muito grande. Cita também casos de atrofia optica primária em que a visão, que estava baixando, foi subitamente extinta após o início da terapêutica arsenical Acha, como o faz Stokes, que em tais casos o tratamento deve ser iniciado com um metal pesado ou com doses muito pequenas de um arsenical para evitar o choque terapêutico. Moore acha que essas reações devem ser muito raras porquanto em sua grande experiência lhe foi dado observar apenas uma vez em uma neurite optica, e nenhuma na atrofia optica.

3. **Oftalmo-recidiva** — Recidiva é consequência frequente da terapêutica arsenical inadequada da sífilis recente. São especialmente frequentes irido-recidiva ou neurite optica, como fenômenos isolados ou parte de uma neuro-recidiva. Estas lesões não são devidas aos arsenicais: decorrem antes de seu uso moderado, são curadas por tratamento arsenical intenso e adicional.

Os arsenicais penta-valentes, contrariamente aos tri-valentes que, como vimos, não apresentam "per si" influência nociva sôbre os olhos, são passíveis de originar ambliopias tóxicas de gravidade extrema, que podem conduzir à cegueira rápida. Como seu campo de ação util se restringe à neuro-sífilis e à sífilis infantil, êste medicamento é desprovido de qualquer valor util nas lesões inflamatórias e exsudativas das capas oculares.

Dos metais pesados, no momento atual é para o bismuto a predileção unânime de todos os especialistas, sendo usado sob a forma, preferentemente, de suspensão oleosa (0,20 de bismuto metálico por smana, em uma ou duas injeções) ou de preparados óleo solúveis (0,06-0,07 por injeção), séries de 15 injeções bi-semanais. São formalmente desaconselhadas as suspensões e as soluções aquosas, como ainda o determinou a Primeira Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis.

O mercúrio só poderá substituir o bismuto em casos excepcionais, quando haja contraindicação formal ou intolerância por êste medicamento. Segundo a referida Conferência, nesses casos far-se-á uso na primeira série de um mercurial solúvel (cianeto) na dose de 0,01 a 0,02 por injeção, série de 20 injeções tri-semanais; nas séries seguintes um mercurial insolúvel (salicilato) na dose de 0,05 por injeção, 15 injeções, duas por semana. Há especialistas que, na sífilis ocular, preferem iniciar sempre o tratamento usando o mercúrio solúvel.

O tratamento poderá ser contínuo ou descontínuo, caso em que são entremeadas fases de repouso entre as séries de que se comporá o tratamento de acôrdo com esquemas estabelecidos entre outros pela Primeira Conferência a que já aludimos. A preferência de Moore é para o tratamento contínuo.

Como dissemos, temos a impressão que todo o tratamento será melhor executado em colaboração com o sifilologista, mas se desejarmos assumir a sua responsabilidade, poderemos proceder da maneira adiante considerada, o que representa a primeira fase de um tratamento sistemático, destinado a procurar obter o alívio sintomático do paciente, para posterior encaminhamento ao especialista que o orientará para o futuro, dado que esteja terminada nossa missão, ficando o paciente de voltar ao consultório de tempos em tempos, caso não mais apresente qualquer queixa ocular, para o respectivo contrôle.

Mesmo nos casos em que temos tido oportunidade de encaminhar o doente ao sifilologista para que êste oriente e execute o tratamento, não apreciamos perder de vista o cliente, pelo menos durante a fase aguda de seu processo. É observando continua e atentamente a evolução do processo ocular que podemos aquilatar da necessidade seja de um tratamento coadjuvante (vitaminas, vasodilatadores) seja, mesmo, da modificação do tratamento específico adotado. Mais que os esquemas gerais vale a observação pessoal de cada caso, porque algumas vezes temos que nos afastar radicalmente dos primeiros.

Eis um caso bastante elucidativo:

"R. N., 35 anos, br., Br., solteiro, residente em S. Paulo. Consulta a 14-5 dêste ano, informando que há 4-5 meses sentiu turva a visão de OD., consultando então, um oculista com o qual está desde então em tratamento de natureza polivalente, compreendendo o bismuto. De ontem para cá notou, com alarme, turvar-se a visão de OE., sentindo cerração e parecendo-lhe estar tudo escuro.

Como seu médico assistente se ausentara de S. Paulo, procurou-nos.

O exame demonstra em OD. reliquat de Irite, com pigmento sôbre a cristaloide anterior e exsudatos muito finos na face posterior de córnea. OE. em midriase máxima por atropina.

Fundus — OD. papila com suas margens borradas, foco parcialmente exsudativo na corio-retina, p. baixo e lado nasal da papila.

OE. papila também turva; lesão grande (3 DP), exsudativa de retinite para baixo e para o lado nasal da retina. As artérias mostram-se de calibre muito reduzido.

A história pregressa do paciente indicava lesão inicial de lues há 5 anos, tratamento feito de maneira muito irregular, sem qualquer orientação.

Foi pedido exame com sifilologista, tendo-se instituido terapêutica pelo nitrito de sódio e vitamina B, de início. Dias depois foi feito o exame com aquele especialista que revelou, ao lado dos dados da história referente à lesão inicial e tratamento mal feito, pressão arterial de 20 x 6.

Na suposição de tratar-se de uma lesão de recidiva, foi feito exame de líquido cefalo raquidiano que resultou inteiramente negativo.

A possibilidade de um comprometimento vascular, a existência da alteração neuro-retiniana aconselhava a medicação pelo metal pesado de início. A observação diária do paciente demonstra, no entanto, que a terapêutica está sendo inoperante: o processo progride, atingindo outras membranas oculares, surgem exsudatos finos na face posterior da córnea, a iris começa a se turvar, aparece tindal do aquoso e a seguir turvação total deste as margens pupilares se mostram borradas, formam-se sinequias posteriores; o edema de córnea progride sempre, formando-se pregas na membrana de Descemet. Aparece a injeção ciliar e as dores surgem, alarmando sobremodo o doente.

Tendo-se em vista o progresso sempre crescente do mal, entendemo-nos com o especialista e passou-se a usar a néo-arsfenamina, em doses rapidamente crescentes, atingindo 0,60 onde as injeções são espaçadas semanalmente. Podemos apreciar como se processa a involução de tudo e ao fim de poucos dias, depois de algumas doses de arsênico, já os sinais de inflamação anterior iam em franco retrocesso. Os resultados parecem ter correspondido ao risco corrido."

É preciso acentuar, em matéria de tratamento da sífilis ocular, a frequência com que coexistem alterações oculares com de outros órgãos. Assim como fizeram observar Moore e Gieske.

1. Na irite recente, em 95.5% dos casos de sua observação havia secundarismo recente.

2. Na irite recidivante em 11.2 por cento havia recidiva cutâneo-mucosa e em 14.8 neuro-sífilis.

3. Na irite tardia neuro-sífilis em 12%, sífilis cardio-vascular em 14,8 e lesões cutâneas ou ósseas tardias em 31.4%.

Por êsses números se vê a frequente associação da irite tardia com as alterações cardio-vasculares, de importância maior e condicionando uma terapêutica cuidadosa para se evitar um resultado fatal.

Embora Moore não veja necessidade disso, como se viu atraz, parece-nos prudente fazer uma espécie de **amaciamento** antes de iniciarmos uma terapêutica arsenical em casos de sífilis ocular. Com efeito: viu-se que a reação de Herxheimer pode surgir em olhos aparentemente indenes e nos em que, clinicamente, já pudemos evidenciar alteração de qualquer estrutura, sendo importante sobretudo a que se passa para o lado do nervo optico. Achados de Moore e Gieske mostram, que, por exemplo, a Irite precoce está associada a lesões do nervo optico em 15.3 por cento dos casos, a recidivante em 24.1 e a tardia em 8.2%. Ora todos sabemos que em um caso de Irite, na sua face intensamente exsudativa, nem sempre se consegue obter visão do fundus de maneira a se saber se há ou não comprometimento da retina e nervo optico. Assim a terapêutica compreenderá:

1. Bismuto em suspensão oleosa, 0,15 a 0,20 por semana, atingindo a dose total de 1,50 a 2 gramas. Dissemos que há especialistas que preferem, de início, ministrar o cianeto de mercúrio, na dose de 0,01 a 0,02 por injeção, 20 injeções tri-semanais.

2. A seguir, sem repouso, uma série de arsênico trivalente (néo-arsfenamina, neo-salvarsan ou outro similar), iniciando-se com 0,15 e 0,30, ou 0,30 e 0,45 na 1.ª semana; na segunda 0,45 e 0,60 e da 3.ª semana em diante 0,60 por semana até perfazer, aproximadamente 6 grs. como dose total da série.

A lesão ocular habitualmente cicatriza prontamente mas o tratamento deverá ser continuado, usando-se o método contínuo ou o descontínuo, de acôrdo com as preferências individuais ou a resistência do paciente, alternando-se séries de arsênico com bismuto pelo menos após um ano ter-se a sorologia tornado persistentemente negativa. Parece-nos que a missão do oftalmologista termina, já o dissemos, quando a lesão ocular cicatriza: o paciente será então encaminhado ao especialista em sífilis para que exerça sôbre o mesmo a necessária vigilância e o contrôle devido, ficando a nosso cargo apenas uma revisão periódica rotineira, caso o doente não apresente qualquer queixa ulterior.

Caso se prefira usar o Arsenox devemos nos lembrar que as doses são as seguintes: início com 0,02, passar a 0,04 e a seguir a 0,06, repetindo esta dose até o total de 0,60, isto no homem; na mulher principiar por 0,01 ou 0,02, passar para 0,03 e 0,04 até o total dito. Note-se que as séries empregadas por Moore abrangem cêrca de 1,20 grs. De modo geral as doses do autor americano são maiores que as recomendadas em nosso meio, possivelmente porque a resistência do elemento humano com que aquele autor trata seja maior que a verificada no nosso meio.

Sífilis tardia — Nas complicações verificadas na fase tardia da sífilis, em que dominam as Uveites generalizadas como vimos (entre as manifestações inflamatórias) o tratamento pode ser bem menos intenso, sendo as séries de arsênico e bismuto mais curtas.

Uma citação especial merece o tratamento da **atrofia optica simples.** Todos sabemos que não tratada, a evolução de tais casos é fatal, indo inexoravelmente para a cegueira, bilateral em 90% dos casos, dentro de 3 anos do início dos sintomas, em 100% dentro de 9 anos.

No que diz respeito à visão, o tratamento da atrofia optica primária na era pre-arsenical era totalmente sem esperanças, a cegueira se produzindo como se nada tivesse sido feito. A introdução dos arsenicais (arsfenaminas) não mudou praticamente o panorama, os pacientes tratados com êsses medicamentos em combinação com o bismuto, mercúrio e iodetos, tornando-se cegos da mesma maneira e tão rapidamente como os não tratados.

Os casos de atrofia optica são justamente aqueles em que mais exitação existe no emprêgo dos arsenicais pelos oftalmologistas; de um modo geral há pessimismo completo por parte dos oculistas e sifilologistas no tocante à conservação da visão. Estudos recentes, porém, com especialidade os da clínica do John's Hopkins Hospital indicam que êsse pessimismo não é justificável e que não raramente pode-se conservar a visão mediante tratamento adequado. Qualquer forma de tratamento, para obter sucesso, depende da existência de um número suficiente de fibras íntegras do nervo optico. Como uma fórmula grosseira, Moore estabelece o seguinte: se a acuidade visual central no olho melhor é igual ou superior a 20/60, há 50% de possibilidade de se reter visão util; visão de 10/200 a 20/60, máo prognóstico; com menos do que isto, cegueira é quasi fatal a despeito de todo tratamento.

O que importa, em suma, é o diagnóstico precoce e instituição pronta do tratamento.

O tratamento local não parece ter proporcionado grande sucesso: os vaso-dilatadores, simpatectomia, injeções retro-bulbares de atropina, ciclodialise, operação de Lagrange, falharam por completo.

Moore é pelo uso da malarioterapia, como método de escolha para o ínicio do tratamento, seguido da terapêutica apropriada. Faz uso do sôro arsenobenzolizado por via sub-dural (introdução na cisterna magna) como uma fase ulterior quando o processo progride.

Seu esquema compreende:

1. Malaria
2. Neo-arsfenamina (6 x 0,30-0,60)

3. Bismuto (8 injeções) e Iodeto de potássio

4. 10 silverarsfenamina 0,30

5. Em caso de parada da queda funcional séries alternadas de Bi-Arsenico por 2 anos.

6. Caso haja progresso, fazer tratamento sub-dural.

A técnica dêste tratamento sub-dural (Swift-Ellis), relativamente complicada, não nos interessa em minúcia, por fugir à nossa alçada. Enviamos os interessados ao magnífico livro de Moore, de leitura obrigatória para quem se interessa pelos problemas de tratamento da sífilis em geral.

É necessário o contrôle oftalmológico cada 3 meses. Exame de líquido céfalo-raquidiano cada 6 meses.

Sífilis congênita — Woods classifica as manifestações da sífilis congênita em 3 períodos:

1.º Do nascimento até os 2 anos. É um período análogo à fase precoce da sífilis adquirida. Lesões atingem principalmente estruturas muco-cutâneas e ósseas.

2.º Do 2.º ao 8.º ano. Lesões mais frequentes e que nos interessam: queratite parenquimatosa e, mais raramente, neuro-sífilis.

3.º Inicia-se na puberdade e as lesões mais frequentes são a queratite parenquimatosa, surdez (lesão do 8.º) e neuro-sífilis.

Segundo Woods o tratamento das complicações oculares da sífilis congênita precoce é essencialmente o da sífilis congênita. Em geral o objetivo do tratamento é, primeiramente, salvar a vida da criança da grave toxemia concomitante à infecção sifilítica, e, em segundo lugar, a cura sintomática e absoluta da doença. A preparação arsenical de escolha é a sulfarsfenamina, que apresenta grande tolerância e maior facilidade de manejo, por poder ser aplicada por via intramuscular. Fazer também o bismuto e o mercúrio, êste sob a forma de pomada em fricção.

Entre as manifestações da sífilis congênita merece um reparo especial a **Queratite parenquimatosa.** Aqui, ainda, a experiência de Moore se contrapõe de certa maneira ao consenso mais ou menos unânime encontrado em nossos livros e que diz respeito:

1. À resistência desta evidente manifestação de lues congênita à terapêutica anti-sifilítica.

2. À incapacidade que o tratamento tem de impedir o ataque ao segundo olho.

É o reconhecimento precoce uma necessidade, dado que o tratamento da queratite unilateral frequentemente impede o comprometimento e, consequentemente, a baixa visual do outro olho, Moore o afirma. Sua preferência é pelo velho salvarsan (606), alternando com séries de Bismuto; atribue muitas falhas a doses muito pequenas do medicamento. A experiência de Klauder e Vandoren (cit. Moore) formalmente contraindica o uso do iodeto de potássio nestes casos. O tratamento deve ser contínuo, consistindo em um mínimo de 30 injeções de preparação arsenical, 40-60 de sub-salicilato de bismuto, antes que se permita repouso. O tratamento deve ser continuado por um período mínimo de 2 anos.

Um auxílio poderoso temos no emprêgo da febre (malaria, hetero-proteina, etc.). Desde que a terapêutica seja bem orientada é possível se prevenir o ataque ao segundo olho; assim na estatística de Carvil e Derby (cit. Moore) e Robinson, em cêrca de 62 pacientes, apenas em 2 o olho normal foi atingido subsequentemente.

O esquema de Klauder e Vandoren compreende:

1.º — Febre — Malaria, vacinas, etc. Se a primeira é usada não fazer uso de arsênico ou Bismuto, nesta fase, porque ambos são anti-malaricos. Empregando-se vacinas, usar êsses medicamentos entre as crises.

2.º — Tratamento anti-sifilítico — Arsenical trivalente (neoarsfenamina, neosalvarsan, etc.), alternando com sub-salicilato de Bi. No início da terapêutica podemos empregar Bi e Arsênico, ao mesmo tempo, aquele sob a forma lipo-solúvel. Assim far-se-á:

1- 9 semanas	—	Neosalvarsan Bi liposolúvel 8 doses, 2 por semana no primeiro mês
10-19 "	—	Bi, 10 doses semanais
20-29 "	—	Neosalvarsan, 10 doses semanais
30-39 "	—	Bismuto, 10
40-44 "	—	Neosalvarsan, 5 doses
45-54 "	—	Bi, 10
55-59 "	—	Neo, 5
60-69 "	—	Bi, 10
70-73 "	—	repouso
74-83 "	—	Bi.

Êste esquema é um pouco violento para o nosso meio, devendo-se procurar fazer a adatação de acôrdo com cada caso, servindo êle apenas como orientação.

É evidente, e isto não serve só para êstes casos, que podemos fazer uso de medicações auxiliares. No caso da queratite parenquimatosa, por exemplo, tem havido alguns resultados surpreendentes com a Riboflavina que é conveniente não ser esquecida.

As manifestações aparentemente inespecíficas. Como dissemos no início, há numerosos casos, aparentemente inespecíficos, em que a sífilis poderá estar em jogo, não obstante a existência de uma sorologia francamente negativa. Como agir neles?

Há uma convicção bastante arraigada em nosso meio e que diz respeito ao emprêgo da medicação anti-luética: se bem não faz, mal não pode fazer é uma frase que se ouve com certa frequência.

O emprêgo da terapêutica anti luética não é uma cousa tão desprovida de riscos ou inconvenientes para ser encarada daquela forma. Antes de inicia-la, devemos esgotar os meios ao nosso alcance, procurando dados que nos autorizem a suspeitar de sífilis, sobretudo da sífilis congênita. A colaboração com o especialista é, aqui, também inestimavel que poderá encontrar disseminados pelo organismo pequenos sinais que nos autorizem a instituir uma terapêutica enérgica. O que importa, sobretudo, é ver se êste surto aparentemente inespecífico não está em relação com uma sífilis adquirida mal tratada ou, mesmo, uma sífilis recente. E isto êle poderá nos dizer com relativa segurança. Devemos ter em mente que nunca se deverá dar tratamento como um test terapêutico ou de outra forma a um paciente em que se suspeite de sífilis recente, até que se esteja certo do diagnóstico. O teste terapêutico só é aplicável à sífilis tardia.

Esgotados, porém, os meios de investigação, afastada a possibilidade de se tratar de sífilis recente, não se encontrando explicação alguma para uma afecção ocular seja ela uma queratite, uma irite ou uma neuro-retinite, podemos em desespero de causa fazer uso da terapêutica, tentando um diagnóstico "ex-juvantibus". A resposta a êle nos obrigará a um tratamento ulterior como se se tratas se de uma sífilis tardia, isto é, menos acentuado e menos rigoroso e nos moldes já apontados, embora saibamos que, de acôrdo com as pesquisas de Stokes, O'Leary e Moore, o tratamento anti-sifilítico e, em particular, o arsenical muitas vezes exerce um efeito não específico nítido sôbre lesões inflamatórias não sifiliticas dos olhos. Moore cita 14 casos em que, pacientes com uveite crônica, foram submetidos à mais exaustiva pesquisa inteiramente negativa para qualquer evidência de sífilis; em que todos os outros tratamentos feitos, compreendendo tuberculina, hetero-proteinoterapia, extirpação de todos os focos concebiveis, foram incapazes de produzir qualquer melhoria no estado ocular e nos quais um tratamento prolongado pela neoarsfenamina, dado em último recurso, produziu nítida melhoria, em 8 deles havendo uma cura permanente e completa.

sobretudo sob o ponto de vista perimétrico, sendo util lembrar que a falta dêste já conduziu um médico à barra dos Tribunais, nos Estados Unidos (Supreme Court of Appeals of Virginia, relatado no "Jama"), tendo a referida Côrte decidido que há responsabilidade legal no caso de desenvolvimento da ambliopia triparsamídica, concordando em que o penta-valente é um medicamento poderoso "que deverá ser administrado apenas debaixo de contrôle ocular". Lembremos que a saturação do doente pelo complexo vitamínico B, segundo as idéias de Muncy, parece exercer certo efeito inibidor no desenvolvimento do comprometimento ao optico.

7. Segundo as idéias atuais os arsenicais trivalentes não teem qualquer ação tóxica sôbre qualquer das membranas oculares, com única exceção das conjuntivas que apresentam, precedendo ou concomitantemente à crise nitritoide, certo gráo de hiperemia. Quando esta hiperemia surge no decurso da injeção, interromper imediatamente esta e proceder como em um caso de crise nitroide.

8. O olho doente poderá, porém, apresentar por ocasião do uso do Arsênico o que se denomina de choque terapêutico ou reação de Herxheimer que, apesar de rara, é de se temer nos casos de nevrite optica ou atrofia optica primária.

9. A reação de recidiva é outro fenômeno ocular observado nos doentes mal tratados. Pode haver recrudescência das lesões quando se discontinua o uso do arsênico e se inicia o metal pesado. Recidivas podem ser semelhantes ou se dar no mesmo sítio que as lesões originais ou afetam estruturas antes não atingidas, em particular o sistema nervoso e o olho (irite, uveite, querato-irite).

10. A sífilis tardia exige um tratamento mais brando, sendo as séries de arsênico e bismuto mais curtas. Não há razão de ser para a contra-indicação que já foi generalizada mas que hoje já perde terreno ao uso do arsênico trivalente na atrofia optica. É êle, mesmo, uma necessidade representando, ao lado das medidas outras necessárias, o único meio de se estacionar o processo atrófico. Fazer a malaria e em seguida o Arsênico e Bismuto, alternadamente. O tratamento de Swift-Ellis fica como um recurso posterior.

11. Na sífilis congênita os medicamentos usados são os mesmos, podendo-se empregar, sobretudo no primeiro período, a sulfarsfenamina que apresenta a vantagem de sua tolerância pelas crianças e ao uso intra-muscular. O Bismuto e o mercúrio, êste sob a forma de pomada mercurial, são os outros componentes da terapêutica.

12. A queratite parenquimatosa da lues congênita é melhor tratada com o uso da febre, do arsênico, do bismuto. Não usar de

Considerações finais

À guisa de considerações finais e como um resumo de tudo que ficou dito atrás e aproveitando a oportunidade para encaixar alguns elementos de importância sôbre os quais tenhamos passado por cima queremos dizer:

1. No tratamento da sífilis ocular devemos tratar a sífilis como uma infecção de todo o organismo e tentar prevenir as complicações oculares que afetam a acuidade visual.

2. Para tratarmos adequadamente o caso e tendo em mente a sífilis como uma infecção de todo o organismo, devemos procurar localizar o fenômeno ocular dentro do quadro geral da sífilis, isto é, estabelecer, tanto quanto possível, a que fase da mesma ela pertence, sobretudo se se trata de uma manifestação recente ou tardia. Para isto é essencial a colaboração do sifilologista e, algumas vezes, de outros especialistas.

3. Devemos ter sempre em mente a frequente associação de alterações oculares, sobretudo da sífilis adquirida, a de outros órgãos da economia. Assim as irites que se encontram na sífilis recente, em 95,5% dos casos está acompanhada de sífilis secundária precoce; a irite recidivante em 14,8% o é de neuro-sífilis e a irite tardia em 14,8% acompanha a sífilis cardio-vascular. Essas associações, por vezes, exigem cuidados maiores, sobretudo do ponto de vista terapêutico, que a lesão ocular que o aflige.

4. O tratamento das alterações oculares da sífilis recente poderá ser feito na base do Arsenical trivalente, do Bismuto e do Mercúrio. Após uma primeira série de 1,5 a 2 grs. de Bismuto em suspensão oleosa, iniciar-se-á a terapêutica pelo arsenical trivalente (néo-arsfenamina) que compreenderá injeções a princípio de dose pequena, mas crescendo rapidamente de maneira a atingir 0,60 nos homens e 0,45 nas mulheres e continuando até o total de 6 grs. e 4.5 grs. respectivamente. Com o Arsenox as doses são dez vezes menores. Far-se-ão a seguir séries alternadas de Bismuto e Arsênico, com ou sem repouso, de acôrdo com o critério a ser adotado, parecendo, no entanto, que o primeiro é mais acertado. O mercúrio substituirá o Bismuto naqueles casos de intolerância invencível.

5. O papel do oculista termina com a cicatrização do processo ocular. O doente será encaminhado, então, ao especialista em sífilis para que continue e oriente a terapêutica, ministrando-se a informação do estado ocular inicial, do resultado do tratamento e do modo porque êste vem sendo orientado.

6. Devemos nos abster do uso das soluções e suspensões aquosas de Bismuto, bem como dos arsenicais penta-valentes. O emprêgo dêstes na neuro-sífilis exige um cuidadoso contrôle oftalmológico,

não usar de maneira alguma o iodeto de potássio que parece prolongar o tempo de evolução da queratite, segundo os achados de Klauder e Vandoren.

13. Na sífilis recente trata-se a doença; na tardia o paciente. Na primeira visa-se a cura biológica do mal enquanto esta não é suscetível de ser obtida na tardia (Mocre). Aqui o primeiro fim da terapêutica é o alivio sintomático, a restauração quanto possível, da normalidade anatômica ou, se isto é impossível, da normalidade funcional.

14. Nos casos de alterações de tipo inflamatório em que a sífilis poderá estar em jogo, não obstante a negatividade absoluta de todos os exames que, com a segurança relativa dos mesmos, poude afastar a existência de uma sífilis recente, podemos empregar o tratamento como um teste terapêutico: êste nunca poderá ser dado a um paciente que se suspeite de sífilis recente, sendo aplicavel apenas à sífilis tardia (Moore). Deve-se lembrar, no entanto, que uma resposta positiva, sobretudo se o arsênico foi usado, não implica em certeza de que o paciente seja um sifilítico dado que aquele medicamento pode exercer ação benéfica em casos comprovadamente de natureza não luética.

Os dados usados neste trabalho foram retirados de um certo número de trabalhos e livros, devendo ser citados os dois seguintes cuja leitura é obrigatória a todos os estudiosos. Referimo-nos ao livro de Moore sôbre Moderno Tratamento da sífilis, edição de 1943, Charles C. Thomas, e o trabalho de Woods sôre sífilis ocular, publicado no American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal diseases, vol. 27, Março, 1943, n.º 2.

Atualisações

TRATAMENTO DO GLAUCOMA

Chandler, P. A. - Arch. of Ophth. Julho 1944

Muitos teem sido os métodos propostos para o tratamento do glaucoma, mas há consideravel diferença de opiniões quanto à sua seleção e aplicação. Nesta comunicação descreverei rapidamente os processos que a minha própria experiência me levou a empregar no tratamento dos diferentes tipos de glaucoma. As conclusões foram inteiramente deduzidas da minha experiência pessoal e são aqui apresentadas para solicitar discussão e comparação com a experiência dos outros.