

CONSIDERAÇÕES A PROPÓSITO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS OCULAR.

DR. AURELIO ANCONA LOPEZ — Rev. Paul. de Med. Vol XXVIII, N.º 3

Março de 1946.

Trata-se de um longo trabalho do qual o autor chega às seguintes conclusões:

1.^a) O tratamento da sífilis ocular é de competência do oftalmologista e do sifilógrafo conjuntamente. Os conhecimentos e a aparelhagem especializados do primeiro são indispensáveis para um diagnóstico exato, para observação e controle dos resultados da terapêutica e para o uso adequado da terapêutica local. Os do segundo, devido ao conhecimento geral da infecção, são necessários para verificar a possibilidade de outras localizações da moléstia, e providenciar desta forma a aplicação adequada da terapêutica, visando não só a lesão ocular, mas todo o organismo.

2.^a) O tratamento da sífilis ocular não difere, em linhas gerais, do tratamento da sífilis em geral, estando muitas vezes os esquemas de tratamento sujeitos a modificações, mais devido a outras complicações, principalmente a lesões cárdio-vasculares ou nervosas do que propriamente à lesão ocular.

Por este motivo nunca deve ser iniciado um tratamento sem um prévio exame clínico completo, visando principalmente o aparelho circulatório e sistema nervoso, devendo ser completado em um grande número de casos por exames radiográficos, eletrocardiográficos e exame de liquor.

3.^a) A sífilis ocular entretanto exige de per si cuidados especiais conforme foi largamente discutido, nas seguintes situações: comprometimento da uvea na sífilis recente ou antiga, coriorretinite crônica recidivante ou neuoretinite, atrofia ótica ou queratite intersticial da sífilis congênita.

a) Na irite que acompanha a sífilis recente ou recidivante, o tratamento é o mesmo da sífilis recente, podendo ser iniciado com um arsenical trivalente e, embora a lesão ocular melhore rapidamente, o tratamento deve ser prolongado continuamente, com séries sucessivas arsenicais e bismúticas, por um ano completo, depois que as reações sorológicas se tornarem e permanecerem sempre negativas.

b) Na irite tardia ou nas afecções do tracto uveal em geral, não se pode estabelecer uma conduta terapêutica a priori, pois não é rara a associação com a sífilis cárdio-vascular ou nervosa, ficando nesses casos o tratamento sujeito às modificações impostas por estas ocorrências. De qual-

quer forma, entretanto, nas formas tardias mesmo sem associações mórbidas a cargo de outros aparelhos, é preciso manter uma conduta cuidadosa, iniciando a terapêutica pelos metais pesados.

c) Na corioretinite ou neuroretinite crônicas recidivantes encontramos quase sempre diante de um quadro de resistência medicamentosa, sendo necessário para resolver a situação fazer uma série mais prolongada de arsenobenzol (12-20 injeções) ou usar um outro derivado arsenical, a silverarsfenamina, ou empregar a piretoterapia, ou ainda associar esses três meios terapêuticos. Nos casos raros de resistência aos arsenicais passar ao emprêgo dos metais pesados — bismuto ou mercúrio.

d) Na atrofia ótica encontramos-nos diante de duas possibilidades: 1) as formas associadas à paralisia ou à tabo-paralisia, nas quais se deverá empregar de início a malarioterapia para passar em seguida ao emprêgo de séries arsenicais (arsenobenzol) e bismúticas consecutivas, estas últimas associadas ao iodeto de potássio; si a lesão prosseguir, mau grado este tratamento, deverá ser experimentado o tratamento sub-dural pelo soro arsenobenzolizado. 2) nas formas em que não há associação de paralisia ou tabo-paralisia, deverá ser usado de início o tratamento sub-dural pelo soro arsenobenzolizado homólogo, quando não houver associação de lesões cardio-vasculares, ou pelo soro heterólogo quando existirem estas duas últimas lesões; serão feitas em seguida séries arsenicais e bismúticas, associando-se ao último iodeto de potássio; si a lesão ocular não melhorar, experimentar-se-á a malarioterapia.

e) Na queratite parenquimatosa o sucesso do tratamento depende principalmente do diagnóstico precoce, pois o tratamento imediato da queratite unilateral evita muitas vezes o comprometimento do outro olho. Devem-se fazer de início séries alternadas e sucessivas arsenicais e bismúticas, fazendo pelo menos 30 injeções de arsênico e 40-60 de bismuto. No caso de resistência a esta terapêutica ou mesmo em quasi todos os casos deve-se fazer imediatamente a malarioterapia ou quando esta seja contraindicada intensificar ou modificar o tratamento de rotina, usando por exemplo a silverarsfenamina.

O tratamento deverá além disso ser continuado pelo espaço de mais 2 anos independentemente da evolução sorológica.

Alguns tratamentos adjuvantes, como por exemplo a riboflavina, as soluções hipertônicas e a roentgenterapia podem ser úteis em alguns casos.

4.ª) Finalmente podemos ter a esperança de que os novos métodos de terapêutica e, principalmente, as novas medicações, como a penicilina ou a

associação desta aos arsenicais, possam nos trazer futuramente melhores resultados do que os métodos clássicos de tratamento.

Quanto à queratite parenquimatosa, já nos referimos aos resultados até agora muito controvertidos pela penicilinoterapia, referidos na bibliografia, quanto à atrofia ótica segundo os dados referidos no J. A. M. A., vol. 126, n.º 2 de Setembro 1944, nenhum dos casos tratados piorou e um deles melhorou consideravelmente; quanto às paralisias recentes dos nervos oculares motores (diplopia, ptose) respondem muito bem que o tratamento é iniciado imediatamente e finalmente a papilite ótica responde prontamente ao tratamento.

Auto Resumo

FADIGAS OCULARES. — FADIGA OCULAR E ASTENOPIA CONCOMITANTE EM RELAÇÃO A PREPARAÇÃO MILITAR E SERVIÇO MILITAR. REFERÊNCIA ESPECIAL A AVIAÇÃO. BERENS CONRAD — *Opht. Ibero-Americana*, IV trimestre, 1945, vol VII, n.º 3.

A importância da fadiga ocular que está com frequência associada à fadiga geral no serviço militar é discutida e são referidos casos capazes de ilustrarem as possíveis causas. Acentua-se que as discrepâncias na definição da astenopia podem ser responsabilizadas por grande parte da confusão existente quanto à sua natureza e tratamento. A literatura revela que numerosas causas, outras que não as condições puramente locais podem contribuir para a etiologia da astenopia. Perturbações psicológicas são de importância excessiva até que se tenham completado exames oculares e gerais completos. As pessoas pertencentes às forças armadas que sofrem de astenopia, podem ser cuidadosamente examinadas no ponto de vista geral e neurológico e ainda devem ser submetidas a um rigoroso exame ocular. Provas de fadiga, acomodação e convergência são de valor. Em pacientes queixando-se de sintomas astenopéicos as causas seguintes parecem ter sido de importância etiológica: ferimento cerebral com paralisia do oblíquo superior, pan-sinusite crônica hiperplástica com neurite retrobulbar, paresia da convergência secundária e sinusite, dieta, aniseiconia, tabagismo e possivelmente perturbações endócrinas. São apresentados dados destinados a demonstrar como anoxemia produzida artificialmente em câmaras de baixa pressão pode acentuar defeitos causados por anomalias motoras. Até que possamos demonstrar uma porcentagem mais elevada de exames completos para anomalias motoras, que incluam estudos cuidadosos de dificuldades na

leitura e aniseiconia, bem como exames mais cuidadosos das funções oculares (fadiga, senso luminoso, campos visuais) e estudos mais cuidadosos também da refração ocular, isto tanto nas forças armadas como em nossas clínicas particulares, até que isso tudo seja conseguido, devemos ser muito cautelosos no diagnóstico de psiconeuroses como causa primária de astenopia. Além das medidas destinadas a melhorar a saúde geral do paciente, o tratamento ortóptico parece ser de vantagem em certos pacientes portadores de astenopia mesmo quando as indicações para esse tratamento não são nítidas, agindo nesses casos os exercícios pelo aumento da resistência à fadiga ocular e pela melhoria da coordenação dos movimentos e da amplitude de fusão.

Dr. Alcides Dell Cielo.

VÁRIAS

NOÇÕES APRESENTADAS NO V CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA REALIZADO NA CIDADE DO SALVADOR BAHIA, DE 28 DE JUNHO A 2 DE JULHO DE 1946.

Ao terminar o V Congresso Brasileiro de Oftalmologia, de tão memoráveis realizações científicas e onde a cordialidade da família oftalmológica do país atingiu limites nunca antes alcançados, tudo devido à esclarecida orientação dada à organização do certame pelos oftalmologistas desta boa terra, não podemos, não devemos e não queremos esquecer o papel representado no desenvolvimento da oftalmologia Baiana e Brasileira pelo cate-drático de oftalmologia da Faculdade de Medicina da Bahia.

Ao grande estudioso da Oftalmologia, ao notável Professor, ao dedicado e ilustre servidor da causa pública que é Cesário de Andrade, desejamos todos apresentar os nossos aplausos pela grande e construtiva obra realizada durante muitos lustros e que agora culminou com o conclave de inusitado brilhantismo que estamos assistindo.

Manifestando nosso louvor ao mestre, queremos ainda lamentar que motivos irremovíveis tivessem impedido o seu comparecimento pessoal ao conclave no qual, estamos seguros, esteve presente em espírito e que foi a consagração dos seus trabalhos incessantes em prol da oculística brasileira. Fazemos sinceros votos para que ainda por muitos anos possamos todos contar com a sua luminosa orientação amiga.

Seguem-se Dez Assinaturas

Estando o Prof. Adalbert Fuchs no momento em Viena, onde, em vir-