

**PENICILINOTERAPIA NA NEUROSIFILIS****DR. ORESTES ROSSETTO**

A sífilis constitue uma das indicações da penicilina. Tem sido empregada na sífilis difusa cutaneo-mucosa quer isoladamente quer associada à quimioterapia específica. Constitue, nesta forma, um tratamento de ataque com as mesmas indicações do arsenico sobre o qual parece oferecer algumas vantagens. E' evidente a influência da penicilina na esterilização e na cicatrização das lesões sífilíticas bem como na redução das reações serológicas. São concludentes, nesse sentido, os trabalhos de Mahoney e de Moore. Ainda não se fez, contudo, um estudo comparativo entre o valor da penicilina e o do arsênico no tratamento da sífilis recente. Admite-se que a penicilina é particularmente util nos casos arsenoresistentes e naqueles em que o arsênico é contraindicado ou mal tolerado. A dose total é de . . . . . 1.500.000 a 2.000.000 de U. Ox. por injeções intramusculares ou pelo gotejamento endovenoso segundo a técnica habitual.

Entre as localizações tardias a neurosífilis constitue a indicação máxima da penicilina. Tem sido empregada em todas as formas, neurosífilis parenquimatosa ou não: paralisia geral progressiva, tabes, sífilis cerebral, meningo-vascular, meningite, radiculite, neurite ótica. As informações até hoje obtidas são contudo escassas e não permitem formar juízo seguro sobre o valor da penicilinoterapia. Os trabalhos dos autores estrangeiros, além de pouco numerosos, são imprecisos no que se refere à técnica utilizada e ao critério de interpretação dos resultados. Entre nós tem sido empregada principalmente em casos crônicos, já com alterações estruturais graves, e, portanto, clinicamente resistentes. E' evidente a desproporção entre as melhores clínicas e as liquoricas. As modificações operadas sobre o liquor são notáveis mesmo nos casos pouco influenciados pela malarioterapia. E' provavel que a penicilina empregada precocemente, em casos recentes ou, ainda melhor, na fase pré-clínica da neurosífilis ofereça possibilidades bem maiores.

Para atingir o sistema nervoso a penicilina deve ser introduzida pelas vias intramuscular e intratecal concomitantemente. A associação dessas duas vias parece ser util embora alguns autores, como Stokes e Solomon, tenham obtido bons resultados pelo emprego exclusivo da via intramuscular ou da via endovenosa. Estas ultimas vias não permitem uma concentração ótima do me-

dicamento no liquor mas é certo que não se estabeleceu ainda uma relação segura entre a concentração liquorica e a atividade da penicilina sobre o sistema nervoso. Aliás, para qualquer outro medicamento que deva agir diretamente sobre o parenquima nervoso, a importância da via intratecal é igualmente duvidosa. Ela deve entretanto ser utilizada até que se definam melhor as suas indicações.

Os inconvenientes da introdução da penicilina por via intratecal são as reações secundárias que podem ser despertadas. São numerosos os acidentes relatados por autores norte-americanos e inteiramente confirmados pelas observações feitas em nosso meio. Entre esses acidentes citam-se: sinais da serie meningítica, torpor, coma, manifestações epiletiformes, episódios alucinatórios, delirantes e de mania, sofrimento medular e radicular. São entretanto relativamente raros e podem ser eliminados pela observância de certos cuidados de técnica, já convenientemente estabelecidos. Neste particular é fundamental o magnífico estudo feito entre nós por J. M. Taques Bittencourt, H. M. Canelas e J. A. Caetano da Silva Junior, sobre as reações liquoricas e clínicas imediatas e tardias, consequentes ao emprego da via intratecal. Baseando-se em observações próprias, os autores mencionados apontam as prováveis causas das reações secundárias e sugerem algumas medidas tendentes a evitá-las. Entre essas medidas são essenciais as seguintes: 1) utilizar material de boa procedência e de fabricação recente; 2) preparar a solução no momento de usar; 3) injetar 25.000 a 50.000 U. Ox. em 5 cc., completando com o próprio liquor um volume de 20 cc., que se renova algumas vezes, por aspiração, a fim de diluir e aquecer a solução; 4) injetar lentamente; 5) preferir a via sub-occipital com o doente em decubito lateral; 6) repetir a injeção cada 24 horas — 8 a 10 — no decurso do tratamento. As injeções intratecais como foi dito, devem ser feitas diariamente, até um total de 8 a 10 durante o tratamento, na dose de 50.000 U. Ox., aproximadamente, por aplicação. Acima dessa dose os acidentes tem sido mais frequentes e mais graves si bem que já se tenha empregado, algumas vezes, sem inconvenientes, a dose de 100.000 U. Ox. Simultaneamente com as injeções intratecais serão feitas injeções intramusculares pelo procedimento habitual. A dose total, que no nosso meio tem oscilado de 1.500.000 a 2.500.000 U. Ox., deve ser ampliada para três ou quatro milhões de unidades Ox. As injeções intratecais, como foi dito, devem ser feitas diariamente, até num total de seis milhões de unidades, sem esclarecer porém as vias de introdução. Este autor aconselha, na neurosífilis parenquimatosa, a associação com malaroterapia (4 ou 5) acessos febris)

deixando a penicilinoterapia pura para a forma mesenquimatosa. Em qualquer hipótese, o tratamento deve ser completado com a quimioterapia arsenobismutica, feita simultânea ou subsequentemente. J. M. Taques Bittencourt, que é entre nós grande estudioso do assunto, vem experimentando, atualmente, um método de somação em que a penicilina, pela técnica já vista, é empregada ao lado do arsenico e da piretoterapia.

O valor da penicilina, ainda insuficientemente definido, parece ser, na terapeutica da neurosifilis, o de um elemento a mais, sem duvida util mas que não dispensa o concurso dos demais.

Para maiores esclarecimentos consultar:

1. Stokes, J. H. e col. — Penicillin in neurosyphilis. J.A.M.A. 128:653 (junho, 30) 1945.

2. Solomon, H. C. e col. — Penicillin treatment of neurosyphilis. J. Ner. a. Ment. Dis., 102:304 (setembro) 1945.

3. Bittencourt, J. M. Taques e col. — Penicilinoterapia intra-raquidia. Reações imediatas e tardias. Arq. Neuro-Psiquiat. (S. Paulo), vol. 4-1:68 (março) 1946.

## O REGIME DE FOME E SEDE NA NEFRITE DIFUSA AGUDA

DR. TITO RIBEIRO DE ALMEIDA

O regime de fome e sede é uma das primeiras medidas de que se cogita no tratamento da nefrite aguda.

Justifica o seu emprego a patogenia da moléstia: o processo é agudo, funcional, passível de "restitutio ad integrum"; o espasmo das arteriolas renais, com isquemia conseqüente, desencadeia espasmo dos vasos periféricos: dahi as principais manifestações, a hipertensão, edema e oliguria que irão por em risco a vida do paciente nesta fase.

1. Inflamação renal: a endocapilarite ocasiona diminuição acentuada da circulação renal. Quanto maior o repouso do rim inflamado, tanto mais rápida a cura da nefrite aguda. Ora, qualquer alimentação irá formar após desintegração, água, ou no caso das proteínas, escoria azotada; ambas, elimináveis pelo rim, exigem trabalho. O processo persistindo por mais de algumas semanas, determinará lesões orgânicas definitivas, levando ao rim contraído secundário. Donde a urgencia e rigor da limitação de alimentos.

2. Hipertensão: vai ocasionar sobrecarga cardíaca, com possibilidade de baqueio e edema agudo de pulmão. A vaso constrição periferica, que determinou a hipertensão arterial, pode produzir hipertensão craneana, com edema cerebral excitação

nervosa e crises convulsivas eclampticas, e pode ainda ocasionar hemorragia cerebral. Qualquer alimento que dê formação a água, vai determinar aumento de hidremia e, portanto, da hipertensão. Indica-se portanto a sua restrição.

3. Edema: da mesma maneira é agravado pelo aumento da hidremia.

4. Oliguria: sendo intensa e prolongada, vai ocasionar retenção de escórias proteicas, azotemia. A uremia excepcionalmente, na nefrite aguda, atinge 1 gr.%; caso ultrapasse 1,5% deve-se dar líquidos ao paciente, visando mobilizar os radicais azotados retidos. Esta hipótese de regra se verifica na coexistência de infecção grave.

Assim, para se proteger o órgão inflamado e evitar ou combater as consequências da hipertensão baqueio cardíaco eclampsia, hemorragia cerebral — há indicação para a supressão de alimentos.

Estando o paciente em fome e sede, a emissão de urina baixa a hidremia; com isto aliviam-se os edemas, a pressão arterial noscila baixando vindo em alguns casos ao anormal. Diminuem assim o perigo de edema agudo, eclampsia e hemorragia cerebral.

Estabelecido portanto o diagnóstico, desde que não haja uremia intensa, deve o paciente ser posto imediatamente em fome e sede. Este regime é mantido até que se mobilizem os edemas, até que se processe a queda da pressão; isto já pode ocorrer no 3º dia, suspendendo-se então a fome e sede, caso contrário, prolonga-se a restrição até o 5º e mesmo 7º dia, sendo então interrompida, com ou sem o exito desejado. Passa-se então a uma dieta rigorosa, mas não extrema, visando sempre poupar o trabalho renal.

Durante os dias de fome e sede, permite-se ao doente  $\frac{1}{2}$  a 1 laranja, 2 vezes ao dia; isto, reduzindo a um mínimo desprezível a ingestão de líquido, não perturba o desideratum e auxilia o doente, pelo lado psíquico principalmente, a suportar a dieta.

Os doentes de nefrite aguda, facilmente suportam esta falta de alimentos, o que não se verifica em outras molestias, quando uma restrição dietética é por vezes difícil.

Os americanos, indicando uma limitação acentuada de alimentos, não chegam à fome e sede que chamam de medida extrema. Ora, os melhores exitos, no tratamento da nefrite aguda, são sempre acompanhados da restrição total, notando-se diferença apreciável, nos resultados obtidos, entre a restrição acentuada e a total.

Assim, fome e sede são a 1.ª medida dietética a se instituir na nefrite aguda. Está longe de resumir o tratamento da molestia, mas pode produzir imensos benefícios nesta fase do processo.

## 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](mailto:dtsibi@usp.br)).