

Atualizações

OFTALMIA GONOCOCICA DO RECEM-NASCIDO

(Como empregar as sulfamidas)

The American Jou. of Nursing, abril 1943 - In America Clínica, Vol. 7 n.º 5 e 6, 1944.

Desde que foram introduzidas na prática médica as sulfamidas, poudes a medicina obter brilhantes resultados no tratamento e cura das infecções gonocócicas dos recém-nascidos. Seu emprego simplificou muito a terapeutica da oftalmia gonococica **neo-natorum**, sem necessidade de um excessivo cuidado dos pacientes; por outro lado, diminuiu o periodo de hospitalisação.

Era anterior ás sulfamidas.

Na era anterior ás sulfamidas, houve em nosso hospital (**Cook County** de Chicago), 13.921 nascimentos, entre 1.º-6-935 e 1.º-1-939 e aproximadamente 1,6% destes recém-nascidos apresentaram oftalmia purulenta.

Em quase todos os Estados Unidos, a lei obriga a instilação de nitrato de prata nos olhos dos recém-nascidos. O controle efetivo da oftalmia **neo-natorum** compreende a prática do método de Credé, assim como a antisepsia da mãe infectada. Neste último ponto (o tratamento da mãe) reside a maior dificuldade. Os métodos atuais para a obtenção de esfregaços da secreção vaginal para o diagnóstico de gonocócia, são inadequados. A secreção da região anterior da vagina, com um pH aproximado de 4,5, destróe o gonococo.

Este se acantona na porção interna do colo uterino e porisso a obtenção das culturas deve ser realizada com material retirado desta zona, manobra que exige muita precaução. Com os processos das culturas se obtem quase o dobro de casos positivos em comparação com a técnica dos esfregaços.

O tratamento consistio em irrigações salinas a 1/2% dissolvido em quatro partes de soro fisiológico.

Em casos de lesões da córnea, empregou-se a pomada de atropina a 1% para dilatação da pupila. A eficiencia deste tratamento ficou demonstrada pelo fato de que 93,8% dos infectados recobram a normalidade ocular. De 10 creanças admitidas com córnea afectada, 5 obtiveram alta completamente curadas e as outras 5, aliviadas. As irrigações oculares foram feitas durante dois meses, em media.

Para avaliação da cura consideram-se as seguintes circunstâncias: pelo menos 6 culturas ou esfregaços negativos (tres deverão ser realizados com uma semana de intervalo); completo desaparecimento das secreções e de qualquer sinal local.

O tratamento local que se havia revelado antes como satisfatório, foi empregado em todas as creanças sujeitas á sulfamidoterapia. De janeiro de 1939 até julho de 1940, empregou-se a sulfamidoterapia em 41 creanças.

A dose usada foi de 0,09 grs. por kilo de peso, por dia, dividida em seis partes iguais, durante dois dias; 3/4 desta dose durante cinco dias e a metade da dose original durante uma ou duas semanas mais. Dez por cento das creanças acusaram reações graves que obrigaram a suspensão do tratamento.

Trinta das 41 crianças tratadas com sulfanilamida deram análises bacteriológicas negativas ao fim de sete dias. Os 25% restantes também deram resultados negativos ao fim da segunda, terceira ou quarta semana.

Sulfapiridina

Este preparado foi aplicado a sete creanças, entre julho de 1940 e janeiro de 1941. A dose foi de 0,12 gr. por kilo de peso, em cada 24 horas, dividndo-se a dose em seis partes iguais, durante duas semanas. Os esfregaços para o exame de gonococo nestes pacientes foram negativos ao fim de cinco dias e ainda, desapareceram rapidamente a secreção e o edema palpebral. Todavia, a ocorrência de acidentes tóxicos foi muito acentuada: cianose e vômitos em todos e erupção escarlatiforme em um deles. O nível de sulfapiridina no sangue oscilou entre 3 e 11,49 m/gr.%. A contagem de hematias mostrou redução de 300.000 ao fim de sete dias de quimioterapia. O período de irrigações oculares durou uns dez dias.

Sulfatiazol

Este é mais eficaz e menos tóxico que os anteriores. De janeiro de 1941 até abril de 1942, foram tratadas cincoenta creanças. A dose foi de 0,12 gr. por kilo de peso, dividida em seis partes iguais durante duas semanas. Os resultados obtidos foram surpreendentes: trinta e cinco crianças apresentaram esfregaços negativos ao fim de 24 horas do início do tratamento; dez, ao fim de 48 horas; duas ao fim de 5 dias; duas ao fim de 6 e uma ao fim de 10.

Dentro dos primeiros seis dias, 98% apresentaram-se bacteriologicamente negativos. Registaram-se ligeiras reações. Duas crean-

ças apresentaram reações morbiliformes. O teor de Sulfatiazol no sangue variou entre 0,87 e 6,80 m/grs.%. As irrigações oculares se prolongaram durante um periodo de 3 a 18 dias.

Sulfadiazina

De abril a novembro de 1942 foram tratadas vinte e duas crianças com sulfadiazina. A dose empregada foi de 0,12 gr. por kilo de peso, dividida em seis partes iguais, durante duas semanas. Ao fim de seis dias, 98% das crianças assim tratadas não apresentavam mais gonococos.

DURVAL PRADO

ETIOLOGIA E TRATAMENTO DA AMBLIOPIA PRODUZIDA. PELO TABACO E ALCOOL

Carroll, F. D. Amer. Jou. of Ophth, julho 1944 - In "Ameirca Clínica", Vol. 7, n.º 7 e 8, 1944.

Até ha pouco se acreditava que o tabaco e o alcool exerciam em certos individuos suceptiveis, uma ação tóxica direta sobre o feixe papilomacular ou sobre as células do gânglio retiniano cujas fibras formam o referido feixe. Os oculistas estavam de acordo em que, a única maneira de tratar a referida ambliopia era suprimir ou pelo menos reduzir bastante o tabaco, o alcool ou ambos. O Dr. Frank D. Carroll, em seu artigo, faz ressaltar a importancia de uma dieta adequada para o tratamento desta afecção.

O autor se apoia numa estatística de aproximadamente 175 casos observados em um periodo de nove anos. Foram escolhidos 25 casos que voluntariamente se prestaram a experiencia que passamos a referir. A estes enfermos foi permitido ingerir a quantidade diaria de alcool a que estavam habituados e fumar como de costume, embora submetidos a distintas condições dietéticas.

A onze dos enfermos desta serie se administrou uma dieta perfeitamente equilibrada em todos os sentidos, especialmente no que respeita ao complexo de vitamina B. Alem disso foi-lhes dado, como suplemento, levedura de cerveja, em pó.

A outro grupo de cinco enfermos foi permitido manter o regime que seguiam antes de chegarem á clinica. A única diferença consistio na administração diaria de levedura ou complexo de vitamina B, em tabletes ou elixir. Todos os enfermos destes dois grupos melhoraram, alguns notavelmente.

O terceiro grupo estava constituido por quatro enfermos submetidos a uma dieta calculadamente inadequada a toda classe de vitaminas. O teor calórico dos alimentos era, todavia, suficiente para evitar a perda de peso. A-pesar-de tudo, é facil compreender que esta dieta se tornaria monótona e porisso a maioria dos enfermos acusou perda de peso. Durante o tempo que durou a experiencia cada um dos enfermos deste grupo tomou complexo de vitamina B, mais vitamina B1 sintética. Os resultados com referencia á visão parecem ter sido tão satisfatorios quanto os dos grupos precedentes.

Os últimos cinco enfermos da serie foram submetidos á mesma dieta que os quatro anteriores, porem não fizeram uso do complexo de vitamina B, e sim vitamina B1 exclusivamente. Os resultados foram muito bons e altamente significativos.

Em nenhum dos casos dos dois ultimos grupos se apresentou sintoma algum de enfermidade por carencia. Pode-se admitir que assim foi por se ter interrompido o regime antes que pudessem os sintomas aparecerem. E' obvio que a razão deste regime foi a de evitar que a melhora total ou em parte se devesse a fatores distintos da fração vitamina B.

No ultimo grupo apresentaram-se algumas complicações sem importancia. Notamos que um dos enfermos, depois de haver melhorado, regressou com a visão de 20/50 e 20/200 e com redução acentuada do campo visual. Este caso vae registado por ser o único visto pelo A. de ambliopia produzida por tabaco e alcool, com semelhante redução. O enfermo era um individuo emotivo, não se podendo, todavia, esclarecer se a redução era funcional ou orgânica. Não foi tampouco, possivel aquilatar o significado deste transtorno. Depois da administração de acido nicotínico, o campo periférico se normalizou e, após substituir a levedura por preparados mais puros, a visão voltou a 20/20, sem escotomas.

Foi impossivel durante esta serie de casos estudar quimicamente o fator essencial do complexo B que poderia empregar-se na clínica para o tratamento desta classe de ambliopia. Podemos porem afirmar que a deficiencia absoluta de vitamina B 1 é rara. Por conseguinte, a-pezar-dos bons resultados obtidos nestes enfermos com a administração de coloridrato de tiamina, é mais aconselhavel do ponto de vista terapeutico, dar-lhes complexo de vitamina B e ajuntar um suplemento de vitamina B 1. Para completar o tratamento é preciso calcular-lhes o regime dietético de maneira que consumam mais do que o minimo necessario de todas as substancias essenciais.

E' importante deixar estabelecido o fato que, em 23 dos 25 enfermos estudados, poudese determinar, aproximadamente, a composição de seu regime alimentar antes de começar o tratamento, isto é, na vigencia do qual manifestou-se a ambliopia tóxica. Em

geral foi encontrado um regime deficiente em vitamina B. A quantidade de vitamina B necessaria para cada individuo está em proporção das calorias consumidas. Nos alcoolatras, como é lógico, as calorias estão aumentadas, porisso a relação caloria-vitamina B está em proporção inversa. O regime anterior de todos os enfermos alcoolatras de nosso grupo estaria equilibrado em relação á vitamina B se não fosse tão grande o consumo de alcool. E' pois inegavel, que a carencia de vitamina B ou sua deficiencia tem muita relação com a ambliopia alcoolica, ainda que em seu desenvolvimento não intervenha, provavelmente, nenhum elemento tóxico.

E' curioso observar-se que neste país, sobretudo nos Estados do Norte, a maioria dos enfermos com grande deficiencia de vitamina B são alcoolatras. Por outro lado, no Leste, a deficiencia de vitamina B não está, em geral, associada ao alcoolismo e, sem embargo, se encontra a mesma especie de ambliopia.

Relativamente á ambliopia produzida pelo tabaco é provavel que seja devida á ação tóxica deste sobre as celulas mal nutridas. Até o momento parece evidente que o ambliopia não se apresenta nos fumadores que consomem quantidades normais de vitaminas B diariamente. O A. faz notar que nos Estados Unidos só vio a afecção aqui referida nos fumadores e alcoolatras.

DURVAL PRADO

ENXERTO DE MUCOSA BUCAL NO TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS DOS OLHOS

SIEGEL, R. - Arch. of Ophth., agosto 1944.

A revisão da literatura denota pouca ênfase na urgencia que deve haver no transplante de mucosa bucal para o tratamento das queimaduras corneo-conjuntivais. Denig, em 1912, foi o primeiro a descrever o emprego de mucosa nas queimaduras graves produzidas pela cal, amônea e uma queimadura especial produzida pelo conteudo das bolas de golfe. O'Connor, em breve relato e Thies, numa monografia alemã, apoiam as idéias de Denig. Von Grolman, na America do Sul, refere um caso isolado de enxerto de mucosa labial numa queimadura corneo-conjuntival devida á soda caustica. A ideia, todavia, ainda não recebeu em nosso meio a popularidade que merece. Weeks, em 1936, fez referencias ao enxerto de mucosa bucal nos casos de triquiase, simblefaro, tracoma e no tratamento da retração essencial da conjuntiva no pênfigo, mas não fez menção do seu uso nos casos de queimadura dos olhos.

De acordo com Thies, as queimaduras dos olhos apresentam tres fases: primeiro, simples inflamação, onde as queixas são semelhantes ás da conjuntivite traumática; segundo, formação de profusa exsudação e terceiro, necrose. Os alcalis causticos e certos gazes de guerra, principalmente o gaz de mostarda (dicloretilsulfide) produzem danos á cornea de tal natureza, que a despeito do tratamento médico, a condição peiora progressivamente. Em casos de tais queimaduras a gravidade do mal pode não aparecer no momento do acidente, mas as lesões continuam a crescer em complicações. Sollmann explica que os alcalis penetrando nos tecidos produzem necrose e albuminatos soluveis durante muitos dias.

Villard e Delord mostraram que, pela instilação de acido sulfurico em olhos de coelho, sucediam as seguintes alterações: morte dos elementos celulares da cornea, com intumescencia das laminas do parênquima, invasão da córnea, camara anterior e iris pelos leucócitos; perfuração da cornea devido a sua destruição pelo acido e cicatrização, na qual a perfuração da membrana pode ser fechada pela iris protudente e epitelio da conjuntiva adjacente.

Nas queimaduras graves o principal achado patológico é a necrose dos tecidos e a destruição da circulação peri-límbica, inclusive os linfáticos e o plexo marginal formado pelas arcadas anastomóticas das arterias ciliares anteriores. Um enxerto neste caso, restaura preliminarmente, a circulação do limbo e com isto restabelece a nutrição da cornea e mantem o metabolismo normal. Secundariamente serve o enxerto para substituir a conjuntiva destruida, prevenindo as sequelas de simblefaro e entropio. Desde que não se pode dispor de conjuntiva viva em quantidade suficiente, o melhor substituto é tecido vivo, humano, semelhante á conjuntiva. A mucosa bucal satisfaz a estas condições sem produzir reação tissular anormal.

Outros tipos de tecidos têm sido empregados como material de enxerto. Wiener fez trabalhos experimentais em coelhos e macacos, usando conjuntiva conservada. Esta conjuntiva era dissecada de olhos de vaca, estendida sobre pranchas de cortiça e colocada em solução de formaldeido a 4%. Antes de ser usada, era lavada em agua da torneira e solução salina. Produzio-se num macaco um simblefaro completo e um enxerto conjuntival foi colocado sobre material de modelar e mantido com suturas palpebrais. O edema da cornea desapareceu ao fim de duas semanas. Num segundo macaco empregou-se um fragmento de conjuntiva conservada, 20% maior do que a área a que se destinava para cobrir o defeito. O enxerto foi fixado exclusivamente á conjuntiva do hospedador. A cura neste animal foi muito mais rápida do que no primeiro macaco. O A. declarou que o macaco tem maior poder regenerativo do que o homem. Uma vez que a conservação destróe a vida das celulas no

enxerto, este método depende exclusivamente do crescimento das células do tecido circumvisinho do hospedador. Wiener prevê o emprego de enxerto heterógeno, conservado, em oftalmologia; quando se necessite de membrana mucosa.

De Rotth recomenda o uso de membrana fetal em caso de sinblefaro quando não for possível obter-se mucosa bucal. Ele empregou este material em 6 casos de sinblefaro e em 2 casos nos quais a cavidade não havia se desenvolvido. A membrana fetal foi obtida após incisão para uma cesareana e foi mantida em solução de Locke, morna, entre 1 e 15 horas. O A. admite que os resultados com este material foram maus, pois houve retração quase total da membrana.

Clay e Baird usaram enxertos de prepúcio e pequeno labio para a correção de sinblefaro e após remoção de neoplasmas da conjuntiva. Estes enxertos são muito visíveis, de odor desagradável e descamam-se.

Brown advoga o emprego de uma lâmina de peritônio de coelho como proteção entre a córnea e a conjuntiva palpebral até que o processo de cura esteja bem adiantado. O uso de peritônio de coelho como protetor não estimula a vascularização nos casos em que há deficiente circulação perilímbica. Além disso, pode-se ajustar o seu efeito deletério sobre a córnea.

Zenkina, segundo a literatura russa recente, experimentou enxerto de conjuntiva de cadáver nas queimaduras dos olhos. A conjuntiva foi retirada de indivíduos mortos por traumatismo, dentro das primeiras 18 horas após a morte. O material era mantido à temperatura aproximada de 2 até 4°C. em solução isotônica de três cloretos, com 2% de destrose, por períodos de 24 horas até 4 dias. Foram relatados 10 casos. O A. conclui que este método oferece bons resultados por estimular as forças regenerativas no tecido sobrevivente e no tocante ao efeito cosmético e preferível ao enxerto autoplástico de mucosa bucal.

* * *

É meu propósito neste trabalho chamar a atenção para a necessidade do emprego imediato de mucosa bucal na terapêutica das queimaduras conjuntivais e corneo-conjuntivais. Nesta série de 7 casos de queimadura ocular, no Cook County Hospital, a queimadura foi devida a uma mistura de soda-carbonato de sódio em 5 casos, cal, um caso e gasolina, um caso. Os dados sobre um oitavo caso de queimadura pelo ácido sulfúrico foram fornecidos pelos Drs. S. R. Gifford e C. E. Jaekle, de Chicago. Estes casos apresentam não somente importância oftalmológica como também interesse forense, pois 5 destes foram perpretados com fim homicida ou pelo menos de causar dano estético.

Com respeito a gravidade dos agentes causticos produtores das queimaduras oculares aqui estudadas, temos: soda, gasolina, acido sulfurico e cal.

A mucosa bucal era obtida do proprio paciente. A ferida curava-se facilmente e nunca constituiu embaraço de especie alguma. Mesmo nos casos de queimadura binocular obtinha-se a mucosa necessaria sem lesão apreciavel para o paciente. Observou-se uma hemorragia que foi facilmente dominada. A mucosa bucal não somente conserva o seu colorido roseo e pouca espessura como tambem boa apparencia anatomica e capacidade funcional.

Em 6 olhos dos 7 que receberam enxerto de mucosa bucal, verificou-se o êxito do enxerto. Em um caso de queimadura pela soda, o enxerto não pegou. Tratava-se de uma queimadura extensa e muito grave que destruiu toda a circulação peri-limbica. Neste caso, o processo marchou para a necrose completa, com perfuração da cornea, não obstante o enxerto ter sido feito 10 horas apenas, depois do acidente. Este caso mostra que, sendo a circulação totalmente destruida pela queimadura, resta pouca esperanza de salvar o olho. Mais tarde esta cavidade sofreu uma plastica. O outro olho deste mesmo paciente sofreu uma queimadura muito menos grave. A visão ficou reduzida a contagem de dedos a 60 cms; houve necrose extensa da conjuntiva bulbar e palpebral, dando a apparencia típica de porcelana á metade inferior do bulbo, sinal de destruição da circulação peri-limbica da área correspondente. Uma queimadura atingio os tres quartos inferiores da cornea. Com o enxerto immediato obteve-se bom efeito estético e resultado funcional. A visão neste olho, ao fim de 3½ meses, era de 4/10. A cornea era clara, com exceção da região peri-limbica compreendida entre 5½ e 9½ horas. O fundo de saco curou-se sem sequela. Tres dos 4 olhos que receberam enxerto de mucosa bucal não depois de 10 horas após o acidente, curaram-se com resultado estético e funcional superior áqueles enxertados depois de 10 horas após o acidente.

Nesta serie contam-se 2 casos de queimadura pela soda nos quais não se praticou o enxerto. No caso n.º 6, de queimadura bilateral com soda, com ataque direto das corneas e não destruição da circulação peri-limbica, appareceu ao fim de 5 dias do acidente certa reação vascular peri-limbica em O.E. Este caso que compareceu immediatamente ao Serviço, não sofreu enxerto; A cornea do olho esquerdo mostrou uma lenta infiltração e ao fim de tres semanas uma ulcera de marcha não dolorosa deixando um leucoma. A visão neste olho voltou a 4/10 após demorada e laboriosa convalescença.

Uma queimadura de soda com ataque direto da cornea e não destruição da circulação peri-limbica, verificou-se no olho esquerdo do caso n.º 7.

Visto se apresentar intacta a circulação peri-limbica, não se fez enxerto. Desenvolveu-se uma grande opacidade central da cornea, com mínima restituição funcional. Seis semanas depois do acidente a visão no olho esquerdo era apenas de 1/10. Interessante foi observar-se ao fim do 10 dias após o acidente, o aparecimento de infiltrados infectados na periferia da cornea deste olho que só poderia ter sido salvo pela queratotomia limitada, indicada pelo Dr. Gifford. É digno de nota que os dois casos que não sofreram enxerto, apresentaram vascularização superficial na conjuntiva que alcançava a córnea. Estes dois casos mostram que se deve sempre fazer o enxerto mesmo que o aspecto do caso seja favorável à cura sem o enxerto, visto que os olhos enxertados pela mucosa curam-se mais facilmente, com melhor visão e menos sequelas.

Técnica do enxerto

A conjuntiva necrosada e o tecido episcleral são removidos e a esclera escarificada com escalpelo. Por meio de uma grande pinça de calasio e faca de catarata obtem-se um amplo retalho de mucosa bucal. A ferida deixada não exige sutura. O enxerto, liberado do tecido submucoso, é aplicado diretamente sobre a superfície nua da esclera e suturada com pontos interrompidos de seda preta (Deknatel n.º 0025) á conjuntiva sã e á episclera. Quando se tem toda conjuntiva bulbar destruída, empregam-se enxertos sob a forma de duas ferraduras convenientemente aplicadas. Aplica-se petrolatum esteril em fina camada sobre o enxerto. A gaze empregada destina-se a fazer ligeira compressão, que imobilize mas não comprima a-fim de não prejudicar a circulação nascente.

Sobre este curativo de gaze coloca-se uma venda binocular. Diariamente limpa-se a secreção e aplica-se pomada de atropina a 1%. A venda binocular é retirada ao fim de 5 dias e as suturas ao fim de 7 dias.

Seguem-se 8 relatos de casos de queimaduras corneo-conjuntivais, produzidas por: soda caustica (3), idem, quente (2), gasolina (1), acido sulfurico (1) e cal (1).

Comentando o seu trabalho, o A. adverte: que o enxerto precocemente feito estimula a vascularização, assegura a nutrição da cornea com manutenção do seu metabolismo e reaquisição funcional imediata. Feito em tempo, o enxerto também evita a formação de escaras e sinblefaros. Se o enxerto for feito muito tardiamente ou omitido, a anoxemia local acarreta infiltração da cornea e leucoma, com sequelas. A necrose do tecido pode dar origem a consequências graves. A observação dum acidentado com esclera branca como porcelana, oferece um grave prognóstico, a menos que imediatamente

se faça o enxerto. Mesmo assim, como ocorreu em dois casos, a necrose pode ser tão extensa que o enxerto não baste como reparo do mal e o olho marcha para a perfuração. Excetuados os casos de destruição total da circulação peri-límbica, o enxerto precocemente feito encurta a marcha do processo cicatricial e oferece um melhor prognóstico.

Conclusões

Os resultados baseados em 5 casos nos quais foi feito o enxerto de mucosa bucal e em 3 casos que não o receberam, mostram a urgência de aplicar o enxerto nas queimaduras dos olhos. Qualquer queimadura conjuntival ou corneo-conjuntival de manifesta gravidade, deve ser tratada com enxerto de mucosa tão prontamente quanto possível. O critério para a determinação de necessidade e urgência de um enxerto é a destruição dos vasos alimentadores da cornea.

A mucosa bucal representa o enxerto de escolha para o tratamento das queimaduras oculares. Conjuntivas heterógenas, conservadas ou de cadáver, oferecem futuras possibilidades mas exigem ainda maior experiência clínica.

O transplante imediato de mucosa bucal deve ser feito em casos de queimadura dos olhos pelos gases de guerra que interferem na circulação perilímbica. As lições aprendidas na clínica civil com o emprego da mucosa bucal, provam o valor na prevenção dos deletérios efeitos dos gases de guerra sobre a cornea.

(Omitidos os relatos das observações e uma prancha com 8 figuras a cores).

DURVAL PRADO

Análises, Resumos e Comentários

O COMBATE AO TRACOMA NO ESTADO DE S. PAULO

DR. SILVIO DE ALMEIDA TOLEDO — Síntese Editôra - S. Paulo - 1944

O autor, em memorável trabalho, história toda a campanha anti-tracomatosa no Estado de São Paulo, confirmando mais uma vez a sua excelente atuação como Diretor da Secção de Tracoma, do Departamento de Saúde do E. de S. Paulo.