

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

ANO VII

DEZEMBRO DE 1948

NÚMERO 2

ANTIBIÓTICOS EM OFTALMOLOGIA

Abertura de discussão ao Relatório Oficial nas Quintas Jornadas Oftalmológicas
em Campinas — SETEMBRO — 1948

DR. CAZIMIRO LABORNE TAVARES

Belo Horizonte

O termo “antibióse” foi usado, pela primeira vez, por VUILLEMIN, em 1889, e MARSHALL WARD, em 1890 fez uso da palavra *antibiótico*, além da de *antibióse*.

Em 1942 WAKSMAN emprega a designação de antibiótico no sentido das substâncias químicas produzidas pelas bactérias de ação antagonica.

Em 1944 vários autores verificaram que substâncias dotados de poder antibiótico se encontravam em outras espécies mais diferenciadas, além das bactérias.

J. R. MEYER encontrava-o em cogumelo superior, o *Polyporus cinnabarinus*; PRATT, trabalhando com algas do gênero *Chlorella* delas retirou a chlorallina; FARLEY obteve a canavalina da sója e BALEY e CAVALLITO a alicina do alho.

O DR. PAULO DE ALMEIDA MACHADO e colaboradores, (1) estabeleceram mesmo a hipótese de que: “todos os seres vivos, na luta constante contra os seus inimigos naturais, elaboram substâncias capazes de inhibir o crescimento de seus adversários. A produção de antibióticos é uma propriedade característica da matéria viva”.

Evidentemente se nos cingirmos à significação etimológica da palavra têm ela um âmbito muito maior pois antibiótico, seria, em biología, o que tivesse o poder de paralisar e afinal destruir a vida.

Essa ação foi observada, no mundo das bactérias, há cerca de 61 anos, quando JOUBERT descobriu, em 1887, a existência da antibióse, com a demonstração de que o *bacterium anthrax* tem seu crescimento paralisado quando posta em sua cultura a *comum bactéria*.

Em 1897 GARRET observou o antagonismo do *b. fluorescens* pelo estafilocóco piogeno.

Em 1899 DOEHLE verificou fato idêntico relativamente a ação de certos micrococcos sobre o bacilo do antraz o que lhe fez denominar aquêles de *microc. anthracotoxicus*.

Em 1893 FEHLEISEN mostrou a ação benéfica do estreptocóco da erisipéla no tratamento do lupus e BOUCHARD verificou a mesma ação do pseudomonas pyocyanea em coelhos infectados com b. anthracis, enquanto em 1898, BUKOVSKY e outros propalaram os bons resultados da aplicação local de proteínas desse mesmo germe sobre úlceras cutâneas.

Em 1899 EMMERICK e LOEW extraíram o primeiro extrato antibacteriano empregado em medicina, a pyocyanase, com ação *invitro* sobre o B. anthracis, o typhosum, o diphteriae, pestis e staphylococcus.

Daí em diante uma série de autores encontrou antagonismos entre os germes.

SCHIOTZ verificou o do estafilococo para o diftérico; COLEBROOK (1915) o do pneumocóco para o meningocóco e GATE e PAPACOSTAS (1921) o daquele para o pneumo bacilo de Friedlander.

Já METCHNIKOFF tinha mostrado a possibilidade e o êxito em se substituir organismos patogênicos pelo bacilo búlgaro e em 1912, LIESKE publicara um trabalho sobre a secreção, pelo Actinomyces, de substâncias contrárias às bactérias.

Em 1928 FLEMING descobre a penicilina e estuda seus efeitos antibióticos e daí por diante tem sido muito desenvolvidos êsses estudos, obtendo Dubos, em 1939, a gramicidina, mistura de polipeptídes procedentes do *bacillus brevis*, que mais tarde, teria a denominação de tirotricina, dada por seu descobridor, ao verificar que se compõe de 2 elementos: gramicidina e tirocidina.

Desde 1938, quando, em Oxford se intensificaram mais os trabalhos sobre antibióticos, que vários dêles têm sido focalizados especialmente a penicilina, a tirotricina, a estreptomina, a cloromicetina e por último, entre nós a garlicina que, no entender dos que lhes estudaram as propriedades físico-químicas e sua ação antibacteriana, também deve ser considerado como um antibiótico. Ainda em 1945 IRWING havia descoberto a licopersicina ou tomatina.

De todos, o mais amplamente empregado e melhor observado, tem sido a penicilina que encontra inúmeras indicações quer na terapêutica geral, quer na especialidade, quer ainda nas medidas profiláticas e, para o oculista, em oftalmobiótica.

Destarte avultou-se de tal modo a literatura sobre o assunto que se torna, hoje, difícil fazer-se um resumo, siquer.

Isto demonstra a excelência do seu valor profilático-terapêutico, a ponto de alguém já apelidá-la de dádiva divina.

PENICILINA EM OFTALMOLOGIA

Tão retumbantes e tão amplos foram os resultados da terapêutica penicilínica na clínica geral que o oculista não podia deixar de experimentá-la, imediatamente, nas afecções oculares, cuja etiologia estivesse o seu uso.

Além de sua inocuidade, relativa, a ponto de poder ser introduzida na corrente circulatória em quantidade mil vezes superior ao seu limiar terapêutico, sua rapidez de ação, em grande cópia de infecções, intra e extra-oculares, estava apontando-a como um recurso de eleição de que poderia lançar mão o oftalmiatra.

Naturalmente, como em toda terapêutica humana, há casos em que ela falha, quer por condições especiais do organismo, quer por impureza do produto, ou ainda por ser tardio seu emprêgo bem como por ter havido alguma falta técnica em sua administração ou interferência de outros produtos químicos.

Uma vez que, como recomenda FLOREY o organismo seja sensível, a dosificação adequada e livre o acesso do medicamento ao local doente, o processo infeccioso tem que se render à ação medicamentosa da penicilina.

Esta ação se processa, segundo alguns autores, pela ingerência da droga no metabolismo dos germes inibindo seu desenvolvimento e, por conseguinte paralisando sua atividade frente às defesas naturais do organismo.

Segundo outros a penicilina agiria por bloqueio de qualquer metabólito essencial à vida celular, quer de natureza enzimática quer vitamínica ou ainda neutralizando a atividade de algum grupo necessário à bactéria como o grupo *SH*, o que, tudo junto, repercutiria sobre os processos de oxidação enzimática, que permitem a respiração celular.

Desta maneira a bioenergia precípua ao elemento bacteriano para suas sínteses e multiplicação estaria em *deficit* constante, pela redução ou supressão dos principais metabólitos celulares, tais como a riboflavina, a tiamina, a uracila, o triptófano, o ácido nicotínico e, especialmente o ácido nucleínico, tido como enérgico antagônico da ação bacteriostática da penicilina.

É provável que a penicilina interfira, de algum modo na fase metabólica bacteriana, de que participe o ácido nucleínico, formando com-

plexos inativos com êste último, tornando-o incompetente para o potencial dinamogeno, vital, do germe.

Conhecem-se, hoje, quatro penicilinas: a F, G, X, e K, dos norte-americanos e a 1, 2, 3 e 4 dos ingleses, sendo que a di-idropenicilina 1 é o ácido gigante obtido do líquido em que se processou o metabolismo do *Aspergillus giganteus* e a penicilina G é a parasiticina proveniente do líquido de cultura do *Aspergillus parasiticus*.

Do ponto de vista terapêutico a diferença não é muito grande entre as modalidades conhecidas e, por isso, se empregam todas.

No tocante à terapêutica oftalmológica com a penicilina, ARNOLD SORSBY (2) no capítulo escrito para o livro de ALEXANDER FLEMING, sobre "Penicilin, its practical application", chama a atenção sobre o comportamento do olho como um duplo órgão, sob o aspecto fisiopatológico vascular, constituindo a córnea e o endoglobos um sistema insulado, ao contrário das pálpebras, conjuntiva, esclerótica e anéxos que são nutridas pela mesma forma da generalidade dos tecidos; exceto o sistema nervoso.

Por isso, naturalmente, a penetração e aproveitamento da penicilina sofrerá variações e apresentará dificuldades próprias, de difícil solução, no aparelho visual.

Em relação às afecções do segmento anterior do olho e de seus anexos, susceptíveis de tratamento pela penicilina, constituem elas objeto de um tema oficial para estas jornadas oftalmológicas e por isso serão apenas rapidamente lembradas.

Antes de tudo convém anotar que a terapêutica ocular pela penicilina tem sido estudada sob cinco aspectos diferentes: aplicação local, injeção subconjuntival, injeção intra-ocular, via parenteral e processos vários.

A escolha de qualquer desses métodos ou da associação de alguns, está na dependência da sede da lesão, da etiologia reconhecida, da patogenia da afecção, da gravidade e intensidade dos fenômenos infecciosos, da preferência do clínico, da maior ou menor facilidade de emprego dos mesmos, da urgência terapêutica e até mesmo dos recursos médico-farmacêuticos na ocasião.

Os organismos que se têm mostrado mais sensíveis à penicilina são: o estafilocóco; os estreptocócos piogeno, hemolítico, viridans e não hemolítico; o pneumocóco; o meningocóco; o gonocóco; o micro-

cóco catarral; os bacilos diftérico, antrax, difteróide e Welch; o actinomicos e o espiroquéta pálido.

Os não sensíveis ao medicamento, já melhor estudados, seriam: os do grupo tífico, paratífico, disentérico e coli; os bacilos de: Friedländer, piociânico, hemofílico, próteus e da peste; as brucélas; o vibrião colérico; o enterocóco; os cócos não patogênicos e os gram negativos das vias respiratórias; os levedos e os fungos.

Desde 1941 são publicados os primeiros casos de infecções oculares, tratados pela penicilina, por FLOREY, ABRAHAM e colaboradores (3).

Em 1943, CASHELL publica vários casos de êxito completo da penicilina do tratamento das blefarites, conjuntivites e úlceras de córnea de origem estafilocócica o que confirma GRIFFEY (4) com a observação de casos idênticos.

Já antes ABRAHAM, CHAIN, FLECHTER e outros haviam conseguido bons resultados com a dróga, em uso local, no tratamento da conjuntivite aguda e da queratíte estafilocócica (5).

Ainda em 1943 conhece-se o primeiro caso publicado de cura da oftalmia purulenta dos recém-nascidos feita por SORSBY (6).

Daí em diante inúmeros são os autores que vem empregando a penicilina em Oftalmologia, dando a conhecer os resultados obtidos.

JOHN F. L. KEYES dá conta de suas experiências (7) relatando casos de conjuntivites devidas a estafilococcus albus, não hemolítico, e a bacilos de Koch-Wecks e de blefaro-conjuntivites estafilocócicas que cederam, prontamente, ao uso da penicilina.

Também doentes com celulite orbitária, originadas de germes sensíveis à penicilina, responderam satisfatoriamente a doses precoces e grandes de penicilina parenteral.

Informa sobre o uso profilático do medicamento em olhos feridos, acentuando que o estafilocóco requer 3 a 4 vezes mais penicilina, para sentir sua ação bacteriostática, do que o estreptocóco.

A penicilina tem se mostrado superior às sulfonamides por ser eficiente mesmo quando existe puz sobre as lesões, por agir sobre grande número de germes, por não inibir o crescimento das células epiteliais da córnea e não promover vascularização ou máculas coneanas.

Sua aplicação tópica ou subconjuntival produz uma concentração muitas vezes maior na córnea, na conjuntiva, no humor aguoso, na iris, no corpo ciliar e nos tecidos esclerais, do que doses massiças em injeção endoflébica.

Nas infecções profundas do olho e dos tecidos retrobulbares, entretanto, as injeções parenterais são as únicas que têm valor.

Na afirmativa de JOHN G. BELLOWS (8) que, em primeiro lugar usou instilações oculares de uma solução contendo 2.500 U. por cc., gotejando-a de 4 em 4 horas, dia e noite, e depois uma pomada contendo 2.500 U. para cada grama, os resultados foram surpreendentes em afecções agudas e crônicas das pálpebras, da conjuntiva e da córnea, devidas à germes penicilino-sensíveis.

Em 10 de 12 casos de conjuntivite estafilocócica aguda por ele observados a cura se processou em 48 horas, assim como nessa mesma conjuntivite, crônica, os resultados foram espetaculares. Em 3 casos de conjuntivite estreptocócica houve rápida cura.

Úlceras agudas da córnea, episclerite, assim como 9 casos de conjuntivites de etiologia desconhecida obtiveram resposta curativa rápida.

Anotou porém, 4 casos de verdadeira hipersensibilização dos indivíduos, com aplicações locais da penicilina, demonstrável por notável vermelhidão, edema e prurido da pele das pálpebras, seguida de enrugamento e descamação e pelo *test* positivo ao pó da droga.

O mesmo JOHN G. BELLOWS estabeleceu que a penicilina chega ao olho, dentro de 15 minutos, quando injetada em grandes doses. Sua concentração varia em ordem decrescente dos músculos extra-oculares para a conjuntiva, a esclera, a corioretina e o humor aquoso. Somente traços dela são encontrados na córnea e no vítreo enquanto no cristalino nada existe.

Para as aplicações locais, muito eficazes nas moléstias de segmento anterior ele recomenda soluções ou pomadas contendo de 250 a 2.500 U. por cc.

Sendo melhores as concentrações maiores que não produzem senão pequena ou nenhuma irritação aos olhos.

Nas infecções graves, tais como a úlcera da córnea com hipopio recomenda o banho corneano com a solução contida em uma lente plástica de BARKAN ou no cálice de contato ocular.

Reações tóxicas foram muito raras e seguiram-se tanto a aplicações locais quanto à parenteral de penicilina; havendo nesta última modalidade a observação de KEEFER sobre 500 casos nos quais houve calafrios e febre em 17, tromboflebite em 19, urticária em 14, cefaléia e rubor da face em 10 e dores musculares em 2, todas, por conseguinte sem gravidade maior (se excetuarmos as tromboflebitides), sendo apenas desagradáveis.

Quanto aos métodos de administração os autores se dividem entre os colírios, banhos, iontoforése, pomadas e parenteral, havendo já

quem aconselhe a via oral, em certos casos, com fórmulas farmacêuticas recentemente lançadas no comércio.

KEYES (9) é mais pelas instilações ou pela terapêutica subcutânea, embora creia na eficácia da pomada.

FLOREY e FLOREY trataram com colírio e pomada penicilínica 89 infecções devidas aos estafilocócos branco e áureo, ao pneumocóco e ao gonocóco.

L. VON SALLMANN (10) jugulou graves infecções oculares pelo pneumocóco, de vários tipos, pela iontoforése e pelos banhos de córnea com solução de penicilina, a 0,25 ctgs. %.

Este mesmo autor, com DUNNINGTON e LUDWIG, tratou com essa iontoforése casos de endoftalmite meningocócica, de irite plástica gonocócica, de infecção post-operatória em glaucomatosos, de iridociclites, consecutivas à operação de catarata, obtendo alta porcentagem de sucesso.

ARRUGA (11) com colírios e pomadas conseguiu êxitos dignos de nota em úlceras serpiginosas da córnea, em dacriocistites e outras afecções.

ANTONIO ROS (12) a não ser nos processos banais de afecções externas do olho, fez uso constante da via parenteral nos seus doentes, com uma dosagem mínima de 200.000 U. de penicilina.

Já outros autores, como THOMAS G. SCHNOOR, só usam penicilina quando a terapêutica ocular, usual, não trouxe melhoras ou falhou de todo.

Por êste ou por aquêle método a penicilina tem dado os melhores resultados no tratamento de várias moléstias oculares como: oftalmia néo-natorum, conjuntivites purulentas (LEMOINE e LEMOINE JUNIOR) oftalmias gonocócicas (ELMER e EVANS, ARNO TOWN e outros); abscesso anular da córnea (DAVID ROBERT ALPERT); celulite orbitária (H. O. SLOANE), e outras já citadas, nos quais estão em causa organismos sensíveis à droga.

Em dacriocistites crônicas, rebeldes, em que a cirurgia estaria indicada, tem-se conseguido o desaparecimento rápido da infecção com 20.000 U. de penicilina por cc. de solução, injetada no saco lacrimal infectado.

O Prof. GIAMBATTISTA BIETTI, no relatório apresentado à Liga Contra o Tracôma, em sua assembléia geral de 24 de maio de 1948, dá os resultados de sua experiência e de outros sobre o tratamento do tracôma pela penicilina e chega a conclusão de que: "qualquer que seja a interpretação a dar aos fenômenos precitados, fica todavia estabelecido que a penicilina, por causa de sua ação mais rápida que a

das sulfamidas sobre a flórá conjuntival supracrescida ao tracôma, sobre as ulcerações corneanas superficiais e, também, por causa de uma eficácia não desprezível sobre o panus e sobre as granulações conjuntivais, merece ser utilizada no tracôma, associada de preferência, às sulfamidas por via geral.

Entretanto cuidados devem ser tomados nos casos de uveíte de origem metastásica e de lesões do nervo óptico em que verdadeiras reações de HERXHEIMER foram anotadas, com certa frequência.

T I R O T R I C I N A

Em um trabalho de investigação geral sobre micro-organismos do sólo, capazes de se contrapor ao desenvolvimento de outras bactérias, R. J. DUBOS, em 1939, conseguiu isolar um bacilo da terra, com capacidade para formar esporos e que possuía ação antagônica sobre o crescimento de vários germes gram positivos, especialmente o pneumocóco, o estafilocóco, o estreptocóco e os bacilos diftérico e anaeróbio.

O micro-organismo, por êle selecionado, foi reconhecido como sendo o *bacillus brevis*, de cuja cultura se consegue um extrato antibacteriano de grande poder, mesmo em grandes diluições, resultado do produto metabólico do germe.

O princípio ativo desse extrato foi, por êle denominado tirotricina, sendo um verdadeiro antibiótico, dentro da definição de WAKSMANN, como substância de origem microbiana com ação anti-bacteriana que êle é.

A descoberta de DUBOS foi o fruto de longos estudos no Instituto Rockefeller de Investigação, onde durante 2 anos, por etapas sucessivas, conseguiu um pó esbranquiçado, originalmente chamado gramicidina, por causa de sua ação letal sobre germes gram-positivos.

Como, posteriormente, se verificasse que a substância isolada se compunha de 2 elementos diferentes, DUBOS recomendou-lhe o nome de tirotricina, ficando o de gramicidina para o componente mais ativo e o de tirocidina para a fração ativa contra os germes gram negativos.

A designação de tirotricina derivou-se de Tyrothrix, gênero empregado para indicar "bactérias aeróbias formadoras de esporos, várias das quais provaram ter atividade antagônica a outros micro-organismos" (13).

Investigações posteriores provaram que tanto a gramicidina quanto a tirocidina têm ação bactericida contra germes gram positivos, que ambas têm atividade hemolítica; que são tóxicas quando

usadas por via endoflébica e que são, apenas, bem toleradas quando aplicadas tópicamente, não havendo comunicação direta entre a lesão a tratar e a corrente sanguínea.

Essas propriedades estavam indicando em que afecções podiam ser empregadas e qual a via de sua administração que não oferecia perigos.

Também se observou que o ácido para-amino-benzóico não afetava a ação bactericida da gramicidina, a qual, entretanto é a responsável, principal, pelo efeito hemolítico da tirotricina.

Experimentações com suspensões salinas de tirotricina, em concentrações de 500 microgramos por cc., mostravam perfeita tolerância da conjuntiva de cobaia para essa proporção do medicamento e que, embora não tóxica a tirotricina é ineficaz, por via oral, contra os germes sensíveis a ela, visto ser destruída no tubo gastro entérico.

Para uso oftalmológico a tirotricina tem sido recomendada em instilações de soluções na concentração de 300 microgramos por cc., 4 a 6 vezes ao dia, com vantagens, às vezes, sobre a penicilina que não age contra certos cócos vulneráveis a ação da tirotricina.

As principais afecções oculares combatidas por ela têm sido: conjuntivite pneumocócica, querato conjuntivite epidêmica; pneumo queratite; blefarite; queratite dendrítica; queratite punctata; conjuntivite crônica e dacriocistite.

Convém não se esquecer que, experimentalmente, *in vitro*, a tirotricina tem se mostrado fungistática e mesmo fungicida sobre grande número de cogumelos, alguns patogênicos para a pele, o que nos dá a esperança de poder aplicá-la em vários dermatoses palpebrais com essa etiologia.

PARKER HEATH além de empregá-la na conjuntivite pneumocócica e na querato conjuntivite epidêmica, também, o fez no tocante a queratite dendrítica, acompanhando as instilações de 4 a 6 vezes ao dia, por repetida pasteurização galvano cáuterica, diariamente ou em dias alternados, obtendo resultados favoráveis.

Também verificou que tirotricina, na concentração de 200 microgramos por cc. é útil no tratamento da blefarite e da queratite punctata associada à conjuntivite crônica.

De igual modo, no tratamento da dacriocistite de baixo grau, a tirotricina impediu a constrição canalicular e os processos inflamatórios foram resolvidos, em alguns casos, usando lavagens das vias de excreção lagrimal, com solução a 30 miligramas por cento, em intervalos de 3 a 7 dias.

ESTREPTOMICINA

Desde as comunicações de WAKSMAN e seus colaboradores, em 1942, sobre a estreptotricina e a estreptomicina que grande interesse terapêutico tem sido despertado sobretudo em torno desta última, que age contra organismos resistentes às sulfamidas e à penicilina.

A estreptomicina foi obtida de um filtrado de cultura em extrato de carne, de uma raça de *actinomyces griseus* e se mostrou de poder bacteriostático tanto contra certos germes gram-positivos como contra outros gram-negativos.

Sua atividade foi demonstrada *in-vitro*, em animais e no homem e se mostrou especialmente ativa contra *escherichia coli*, *micobacterium tuberculosis*, *brucella abortus*, *eberthella typhosa*, *pasteurella tularensis*, *hemophilus influenzae*, *salmonela paratyphi* e mais alguns outros, ao todo cerca de 18 microorganismos patogênicos.

Há diferentes sensibilidades de várias raças microbianas à ação da estreptomicina; também varia sua absorção e excreção entre os diversos doentes ou no mesmo enfermo, em tempos diferentes, o que dificulta a boa dosagem clínica desse maravilhoso antibiótico.

Sua química não é bem conhecida até o presente. Verificou-se ser uma base orgânica com a provável fórmula: $C_{21}H_{37-39}N_7O_{12}$.

É solúvel na água, insolúvel no éter, acetona e clorofórmio.

Obtida como pó branco sob a forma de clorêto, sulfato, fosfato ou complexo de clorêto cálcico de estreptomicina.

A melhor via de sua introdução no organismo é a intramuscular podendo ser usada a subcutânea com solução da substância muito pura.

A via venosa pôde ser usada mas tolêra mal as soluções concentradas que contém, quasi sempre leves impurezas, ainda assim fisiologicamente patentes para produzir sérios distúrbios.

O método da gôta a gôta é isento desse inconveniente e será utilizável, quando necessário, diluindo-se a dose total, diária, em 1 a 2 litros de solução isotônica de clorêto de sódio.

Na época de seu lançamento sua dosagem era definida em unidades *S* de potência antibacteriana. Houve quem lhe propusesse uma unidade igual a 1 miligramo ou mil unidades *S* e uma unidade *G* igual a 1 gramo ou mil unidades *L*.

Hoje se adaptaram essas unidades ao sistema métrico, de modo que a unidade *S* de WAKSMAN passou a valer um microgramo, sob cuja forma é receitada, na dose média de 1 a 3 gramos, por dia, conforme as infecções.

Conhecidas suas insubstituíveis propriedades terapêuticas tornou-se esse antibiótico um precioso recurso para a clínica oftalmológica e várias comunicações têm sido publicadas a esse respeito.

Uma das primeiras foi feita por WILLIAM C. OWENS (14) e se relaciona com um caso de tratamento pela estreptomicina de um abscesso corneano devido a *Escherichia coli*, aparentemente intratável, segundo diz, e que sofreu uma melhora dramática com a intervenção de uma pequena quantidade de estreptomicina.

Seguiram-se outras observações, inclusive, as feitas por NORBERT ALBERSTADT e ALISON PRICE (15) que numa série de úlceras de córnea empregaram a estreptomicina em combinação com o tratamento de rotina em um grupo de doentes enquanto comparavam os resultados obtidos com outro grupo que só recebia o tratamento comum.

Acreditam que, na pequena série estudada, a duração da dor e o tempo de hospitalização foram encurtados, assim como a cura foi acelerada nos doentes que receberam estreptomicina.

Utilizada contra o tracoma, por G. B. BIETTI, mostrou-se quasi inativa contra as inclusões epiteliais, testemunhas do vírus, enquanto agia francamente contra os germes de associação, fazendo desaparecer a secreção conjuntival, diminuindo os fenômenos de flogose assim como reduzindo a hipertrofia papilar e a marcha das ulcerações da córnea.

Trabalhos experimentais mostraram que a estreptomicina não é irritante para a superfície do globo ocular em concentrações de, até 10.000 microgramas por mililitro enquanto as mais altas demoram a regeneração do epitélio e promovem manchas e vascularizações da córnea.

Antes de passar adiante e, para ilustrar o ligeiro apanhado que fiz sobre a matéria, desejo rememorar o gravíssimo caso de Tromboflebite do seio cavernoso, em seguida à celulite orbitária, com o qual travou heróica e pertinaz luta o nosso distinto colega DR. NICOLINO MACHADO, obtendo uma vitória difícil e trabalhosa, mas consoladora e rejubilante, por se tratar de um doente querido de nossa classe.

Esse caso já publicado e de todos conhecido, veio mostrar-nos como não bastam penicilina ou estreptomicina, antitóxicos ou vacino-terapia, isoladamente, quando o germe é rebelde e a infecção é profunda.

Foram precisos a reunião de todos esses meios terapêuticos e mais alguns (Heparina e Dicumarol), uma dedicação edificante e a assistência conjugada de vários médicos, para se conseguir a cura, que se tornaria desesperançada, talvez, não fôra a moderna terapêutica

antibiótica que possibilitou tempo e oportunidade para a associação de medicamentos e de medicações, ao lado de desvelados cuidados médicos.

Injeções intravítreas de estreptomicina, na proporção de 500 microgramas por O. 1 de mililitro em solução salina são bem toleradas e injeções retrobulbares da substância dão concentrações no vítreo iguais às da injeção direta na câmara anterior.

C L O R O M I C E T I N A

O prof. BIETTI nos acena com a possibilidade do emprego da cloromicetina contra o tracoma.

Trata-se de um novo antibiótico, produzido por um estreptomices, isolado na Venezuela; e já preparado sob a forma cristalizada pelos laboratórios Parke-Davis.

É ativo não somente contra vários germes gram-positivos e gram-negativos como também em certas rickettsioses experimentais e ainda sobre o vírus da psitacose.

O agente da psitacose, vírus de grande molécula, tem se mostrado muito próximo do que é descrito como responsável pelo tracoma, razão pela qual aquele Professor sugere estudar-se o comportamento do tracoma em face da cloromicetina.

G A R L I C I N A

A garlicina é um novo antibiótico, extraído do alho comum, “quimicamente distinta de todas as substâncias previamente extraídas do alho” segundo informam os que lhe descobriram as propriedades e lhe estudaram a ação, DRS. PAULO DE ALMEIDA MACHADO e seus colaboradores.

As pesquisas modernas mostraram que existem no alho comum um óleo essencial contendo sulfuretos de alila, acroleína, produtos voláteis, tóxicos, bactericidas e antibióticos como a alicina e a garlicina, de ação bacteriostática, atuando, provavelmente com enzimas, sobre as trocas de oxigênio.

A atividade antibacteriana da garlicina ficou provada, *in vitro*, sobre os seguintes germes: *Escherichia coli* comunis, *Escherichia coli* comunior, *Salmonella pulorum*, *Shigella dysentérica* (Shiga), *Shigella para-dysenteriae* (Flexner e Sonne), *Eberthella typhi*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus fecalis*, *Staphylococcus aureus* e mais alguns outros.

Póde ser empregada em proporções 700 vezes superiores, à dose terapêutica máxima, sem fenômenos de intoxicação.

É absorvida ao nível do tubo digestivo passando para o sangue, sem penetrar nos elementos figurados.

Difunde-se no líquido céfalo-raquidiano e elimina-se pela bile e pela urina, sob forma ativa e lentamente.

Pelas experiências clínicas, já feitas em mais de 300 casos, demonstrou sua atividade no tratamento de infecções por bactérias do grupo coli-tífico-disentérico, dando ainda resultados satisfatórios nas amebiasas e parecendo ser útil nas protozooses biliares, devido a sua concentração na bile.

Pela sua ação eficaz sobre um grupo tão grande de micro-organismos é de se esperar resultados terapêuticos nas manifestações alérgicas oculares por êsses elementos patogênicos.

Acresce ainda que um dos germes mais comuns na etiologia das conjuntivites néo-natorum é o bacilo coli, que vem apenas após o gonocóco, o pneumoco, o bacilo de Koch-Wecks e o estafilocóco dourado, na ordem de importância como agentes causadores da infecção, segundo G. LEWIS (16), o que está indicando a experimentação desse antibiótico quando o laboratório nos apontar a responsabilidade daquêle germe.

Finalmente devo apenas mencionar a descoberta anunciada pela imprensa leiga de um novo antibiótico, a *aureomicina*, feita pelo DR. BENJAMIN DUGGAR, microbiologista dos Laboratórios Lederle.

Segundo o noticiário que pude compulsar, a *aureomicina* é um produto de cor amarelo-dourada, havendo sido obtida de um cogumelo da terra similar do que produz, a estreptomina.

Experimentada no Colégio de Médicos e Cirurgias da Universidade de Columbia, em Nova York, mostrou obter sucessos no linfogranuloma venéreo e em moléstias externas do aparelho visual especialmente em casos de conjuntivites em que a droga produziu excelentes resultados sendo muito mais eficaz do que a penicilina e as sulfas, no dizer daquele noticiário. Está sendo estudada, já havendo sido apresentados alguns relatos promissores, na Universidade John Hopkins, em Maltimore, Maryland; na Universidade de Texas, em Austin; no Hospital Gallinger, em Washington e no Departamento Estadual de Saúde Pública da California.

CONCLUSÕES

a) Alguns dos antibióticos, em uso corrente, são de grande valor no combate a várias afecções oculares.

b) Alguns deles constituem, mesmo, elemento salvador de graves e antes, quasi incuráveis, moléstias dos olhos.

c) É de se aconselhar: 1.º) que seu emprêgo em clínica oftalmológica, seja, tanto quanto possível, precedido de exames laboratoriais que indiquem o micro organismo predominante, responsável pela moléstia e mais sensível ao antibiótico respectivo; 2.º) que se continuem as experiências clínicas sobre os que se mostraram susceptíveis de obter êxito, (ainda não bem estudados), em certas moléstias dos olhos.

d) É de grande importância a utilização dos antibióticos já bem conhecidos em oftalmobiótica, tanto no pré e post-operatório quanto no obstáculo à disseminação de moléstias contagiosas oculares, pelo que se tornam êles um precioso recurso em medicina social.

-
- 1 — DR. PAULO DE ALMEIDA MACHADO e colab.. Garlicina um novo Antibiótico — Actual. Med. Ano X — Num. XIX — Junho — 1948.
 - 2 — ARNOLD SORSBY — in "Penicilin, its practical application" — by Prof. Sir Alexander Fleming — 1946 — Ed. The Blackiston Comp. Philad.
 - 3 — FLOREY, ABRAHAM, CHAIN e outros. The Lancet — 15 Agosto — 1941.
 - 4 — GRIFFEY — Arch. Ophtalmology — Fevereiro, 1944.
 - 5 — ABRAHAM, CHAIN, FLETCHER, FLOREY e outros. The Lancet — 2-177-178 — 1941.
 - 6 — SORSBY, ARNOLD — British Medical Journal — 4-XII — 1943.
 - 7 — JOHN E. L. KEYES — J. Am. Med. Ass. 126: 610-615 — Novembro, 4 — 1944.
 - 8 — JOHN G. BELLows. Am. Jour. Ophth. 27:1.206-1.219 — Novembro — 1944.
 - 9 — KEYES, JOHN — Ohio State Med. Journal — 39:1.110 — Dezembro, 1943.
 - 10 — L. VON SALLMAN — Arch. of Ophthalm. Outubro, 1943.

- 11 — HERMENEGILDO ARRUGA — Ens. exper. y clin. con la penic. em oft. — XXII — Cong. S .O. H. Amer. Barcelona — 1944.
- 12 — ANTONIO RIOS — La Penicilina e sus aplic. en Oft. México — 1945.
- 13 — R. D. HATCHKISS a. R. J. DUBOS — Bacterial Fraction from an Aerobic Sporulating Bacillus — J. Biol. Chem 136: 803 — Dezembro — 1940 (apud Tirotricina, publ. Sharp & Dohme — Dezembro — 1946 — Rio.
- 14 — WILLIAM C. OWENS — Streptomycin treatment of a corneal abcess caused by escherichia coli — Am. Jour. of. Ophtham. — 29-1.007 — Aug. 1946.
- 15 — NORBERT ALBERSTADT e ALISON H. PRICE — Corneal ulcer treated with Streptomycin — Am. Jour. of Ophth. — 29-1.106 — Sept. 1946 — N.º 9.
- 16 — G. LEWIS — Ophtalmia dos recém-nascidos — Med. Record, 158, Junho — 1945 pág. 351.

INJEÇÕES RETROBULBARES SALINAS EM TERAPÊUTICA OCULAR (*)

DR. MÁRIO DEL GIÚDICE

Viçosa — Minas

Em Fevereiro de 1945, por ocasião do Congresso anual da Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, que naquela oportunidade, intencionalmente coincidiu, numa justa homenagem, com o cinquentenário da insígne Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, apresentamos, empolgado pela magnitude do tema oficial daquele conclave, "Alterações da tensão ocular", um pequeno e 'modesto trabalho — sobre uma terapêutica hipotonizante ocular".

Como nos não fosse possível comparecer, enviamos os originais. Infelizmente, porém, devido a um extravio de correspondência, muito frequente naquela época conturbada, não obstante recebido aquele trabalho, conforme avisou-nos o Sr. Prof. Moacir Alvaro, não poudeser feita sua publicação nos ANAIS. Dizíamos então:

"Há tempos, procurando um tratamento rápido e eficiente para as queratites ulcerosas, muito frequentes nos meios rurais, fomos tentado a transferir o tratamento empregado pelos internistas nas úlceras e feridas cutâneas, para as úlceras da córnea. (Paulo Valente de Oliveira — Um novo tratamento das úlceras e feridas — Publicações Médicas, n.º CXXIII — já hoje com mais abundante literatura)".

"A essência daquele tratamento consiste em injeções subcutâneas, em tórno da úlcera, de sôro sanguíneo do próprio doente."

"Praticamos, assim, injeções subconjuntivais de auto-hemo-sôro."

"Na execução do método, tivemos oportunidade de empregá-lo, entre vários casos, em uma doente com úlceras corneanas provindas da rutura e infecção das bôlhas de uma queratite bolhosa (*Keratitis bullosa*), por acesso agudo de glaucoma. As injeções subconjuntivais mostraram-se dolorosas. Além disso como já anteriormente verificáramos, provocavam vertigens, às vezes, lipotímias, pela compressão do globo ocular (refl. óculo-cardíaco), taquicardia, sobretudo nos distônicos neurovegetativos, *habitus*, aliás, de transcendência na etiologia do

(*) Trabalho apresentado às Sextas Jornadas Médicas de Julz de Fora — 11 a 15 de Agosto de 1948.

glaucoma. Por esse motivo passamos a fazer as injeções retrobulbarmente.”

“Melhoraram as úlceras e, com surpresa nossa, também a hipertonia (de 60 a 28 Schiotz). Não mais se repetiram os fenômenos de hipertonia”..... “Na terceira observação, glaucoma crônico simples, com frequentes surtos agudos, a doente obteve um grande espaçamento desses surtos, com conservação de regular visão.”

“Em um dos surtos agudos a tensão se elevou a 88 e caiu, em horas, a 30 Schiotz, pela retrobulbar de auto-hemosoro, desaparecendo as dores, a anestesia corneana, a *steamy cornea*. Anteriormente, só havíamos conseguido redução rápida da tensão mediante retrobulbar de novocaina-adrenalina.”

Posteriormente, visando simplicidade e rapidez, passamos a substituir o auto-hemo-sôro pelo soluto fisiológico de cloreto de sódio, sem nenhum prejuízo ou depreciação nos resultados. As injeções salinas de cloreto de sódio são dolorosas e por esse motivo resolvemos associar-lhe a novocaina. Fixamos como a melhor concentração de cloreto de sódio o teor de um por cento.

Chamou nossa atenção, desde logo, o efeito rapidamente benéfico dessas injeções sobre os fenômenos inflamatórios oculares, em geral: cessação, quasi imediata, dos fenômenos dolorosos; regressão rápida da congestão superficial e profunda; pupilas mais facilmente dilatáveis; rompimento fácil das sinéquias, quando as haja e progressiva recuperação da acuidade visual, às vezes, em pouco mais de 72 horas.

Em virtude da evidência, começamos a fazer as injeções retrobulbares salinas de cloreto de sódio também em outros processos inflamatórios endoculares, sem indagar da etiologia. Empregamô-las em queratites, irites, iridociclites, uveites... associando-as sempre à medicação etiopatogênica que reforçam e completam.

Fazemos habitualmente injeções retrobulbares de NaCl a 1%, na dose de 1,50 cm³, de 2 em 2 dias; pode-se, entretanto, fazê-las com menor espaço, se necessário.

Frequentemente aparece, minutos depois, algum edema das pálpebras, sobretudo da inferior, que aumenta nos próximos minutos, mas estará totalmente desaparecido em duas ou três horas. A paresia muscular extrínseca é também passageira, só devida à novocaina.

Estamos plenamente satisfeito com os resultados colhidos, que são bastante constantes.

Ainda estamos em indagações sobre o fundamento terapêutico dessa medicação; quer-nos parecer, entretanto, que ela deve ser considerada como variante das antigas injeções subconjuntivais salinas.

De nosso já abundante arquivo, vamos retirar algumas poucas observações, à título de explanação.

— Honorina C. — Branca, brasileira, 65 anos, casada, residente na Cidade de Ponte Nova, Minas. Consulta em 26-VII-47. Ôlho direito vermelho; intensa congestão superficial e profunda; doloroso, com irradiação da dor para o hemicrânio correspondente. Tonometria: o.d. 76 — o.e. 25 Schioetz. Glaucoma inflamatório agudo em o.d. Retrobulbar salina em o.d. Em 29-VII, dôres desaparecidas. Tonometria: o.d. 48 S. Retrobulbar salina. Em 2-VIII, ôlho descongestionado, apenas a *caput medusae*. Tonometria: o.d., 28 S. Retrobulbar salina. Dois meses depois, foi revista a doente. Mantinha-se a tensão a 30 S. Havia desaparecido a circulação pericorneana. Um ano depois, em 23-VII-48, de novo, revista a doente, mantinha-se a tensão a 30 S. Ôlho silencioso, descongestionado. V.o.d., irremediavelmente perdida.

— M.C.C., branca, brasileira, 55 anos, casada, residente na Cidade de Visconde de Rio Branco, Minas. Consulta em 9-IV-48. Havia sido operada em outra Clínica, de catarata em o.e. Sofrera, 15 dias depois de operada, írido-ciclite plástica em o.e., com repercussão em o.d. Por ocasião do exame apresentado: o.d. seclusão pupilar, com membrana pupilar; grande úlcera corneana, estendo-se de V à VII horas, a um milímetro do limbo esclerocorneano. Tensão, 60 Schioetz. Foram feitas 3 injeções retrobulbares salinas. A fenomenologia inflamatória amainou e a doente afastou-se para sua Cidade, afim de aguardar oportunidade para uma iridectomia ótica de DE WECKER em o.e. Retornando em princípios de Maio do corrente ano, tinha inteiramente cicatrizada a úlcera da córnea, perfeitamente transparente e a tensão havia caído a 25 S.

— A. Fabiano Silva, preto, brasileiro, 46 anos, casado, lavrador, residente na Cidade de Visconde de Rio Branco — Minas. Consulta em 12-VII-47. Irite luética em a.o. (inicialmente em o.d.) Já medicado por colega com a medicação clássica: mecúrio, bismuto, atropina... Círculo negro na cristaloide de o.d. resultante do rompimento das sinéquias. Em o.e. sinéquias resistentes. Em 15-VII, retrobulbar salina em o.e., o mais acometido. Em 16-VII, retrobul-

bar em o.d. (nesse olho, foi a única). Em 17-VII, cessação completa dos fenômenos dolorosos, pupila dilatada, circular, em o.e. Em a.o. mínima reação inflamatória. Em 19-VII, retrobulbar em o.e. A 20-VII o doente afastou-se para sua Cidade, tendo regressado quinze dias após, curado.

— J. Fernandes, pardo, brasileiro, 44 anos, casado, marceneiro, residente nesta. Consulta em 23-VII-47. Irido ciclite luética em o.d. Sinéquias posteriores numerosas, muito resistentes aos midriáticos. V — movimentos da mão a 30 centms. Dôres lancinantes de exacerbação noturna. Retrobulbar salina. Dia 24-VII, considerável melhora; dôres raras; pupila dilatada, circular. Fundoscopia impraticável. Dia 25-VII, mais acentuadas melhoras; retrobulbar salina. Dia 26-VII, acentuam-se as melhoras; ausentes as dôres espontâneas ou provocadas. Dia 27-VII. fundoscopia: pupila já perceptível, grandes exsudatos flutuando no vítreo; segmento anterior descongestionado; retrobulbar salina. Dia 29-VII, V.: conta dedos a 3 metros; retrobulbar salina. À 31-VII, 3, 7, 10, 14, 16, 18-VIII-47, retrobulbar salina. À 26-VIII, V.: 1. Alta curado.

Para o propósito foram selecionadas as observações dos piores casos.

Do exposto deduz-se que as injeções retrobulbares salinas têm, além do efeito hipotonizante sobre a tensão intraocular aumentada, também o efeito curativo nos processos inflamatórios oculares, acelerando, reforçando e completando a ação dos meios terapêuticos usuais.

RESUMO

O A. relata que no intuito de procurar uma terapêutica rápida e eficiente para as queratites ulcerosas, sentiu-se tentado a transferir o tratamento empregado pelos internistas no tratamento das úlceras e feridas cutâneas, que consiste em injeções subcutâneas de auto-hemo-sôro em torno das úlceras, para as úlceras da córnea. Fez assim, injeções subconjuntivais de auto-hemo-sôro. Essas injeções eram mal toleradas e, por esse motivo, passou a fazê-las retrobulbares. Verificou que além do efeito curativo sobre a úlcera corneana, essas inje-

ções tinham ainda efeito hipotonizante nas tensões intraoculares aumentadas. Substituiu depois, visando rapidez e facilidade, o auto-hemo-sôro pelo soluto salino de cloreto de sódio a 1%, com os mesmos resultados. Como as injeções salinas eram dolorosas, acrescentou novocaina a 1%. Passou depois a fazer as injeções retrobulbares salinas em outros processos inflamatórios oculares, sem indagar-lhes a etiologia, associando-as sempre à medicação etiopatogênica que elas reforçam e completam. Está satisfeito com os resultados colhidos. Quanto ao fundamento terapêutico dessas injeções, ele as aproxima das antigas injeções subconjuntivais de cloreto de sódio. Apresenta observações.

RÉSUMÉ.

L'auteur, en cherchant une thérapeutique rapide et efficace pour les keratites ulcéreuses, fut tenté à transférer le traitement employé par les internistes dans les ulcères et plaies cutanés aux ulcères de la cornée. Ce traitement consiste à faire des injections subcutanées d'auto-hemo-serum autour des ulcères. Ainsi il a fait des injections subconjontivales d'auto-hemo-serum. Ces injections étaient mal supportées et pour ce-là il eut l'idée de les faire retrobulbaires. Il a vérifié qu'autre l'effet curatif sur l'lcère cornéenne il y avait encore l'effet hypotonisant sur la tension intraoculaire augmentée. En regardant plus de facilité et de rapidité, il remplaça l'auto-hemo-serum par la solution saline de chlorure de sodium a 1%, avec les mêmes résultats. Comme ces injections étaient très douloureuses, il lui a fait junction de novocaine a 1%. Desormais il a fait des injections retrobulbaires salines dans presque tous les procès inflammatoires oculaires, sans regarder l'etiologie, en les associant toujours à la medication etiopatogenique qu'elles completent et renforcent. Il se trouve satisfait avec les resultats obtenus. Au sujet du fondement thérapeutique de ces injections, il fait une approximation de ceux-ci aux anciennes injections subconjontivales de chlorure de sodium. Il presente des observations.

Praça do Rosário, n.º. 1 — Viçosa — Minas.

DR. M. DEL GIÚDICE.

INFERO VERSÃO DA RETINA

ARI ALVARES PIRES

Assistente

INTRODUÇÃO

Ao comentar o caso de infero versão da retina relatado por Bal-lantyne, o Presidente da Ophthalmological Society of the United Kingdom disse que nunca tinha visto um caso assim e que se alguém tivesse notícia de outro semelhante que o relatasse.

Se, portanto, o tema que escolhi para apresentar a esta douta assembléia for destituído de qualquer interesse, não me deveis culpar por isto, mas tão somente ao Presidente inglês.

O descolamento da retina, é sabido, não constitui uma entidade nosológica mas, apenas, um acidente anatômico capaz de complicar as mais variadas afecções oculares.

É caracterizado anatômicamente pela separação que ocorre entre o epitélio pigmentar retiniano e a camada dos cônes e bastonêtes. Este espaço patológico é ocupado por um líquido seroso, hemorrágico ou purulento, conforme a natureza do descolamento.

ETIOLOGIA

O descolamento da retina pode ser:

- a) Espontâneo ou idiopático;
- b) Secundário.

O secundário, por sua vez, se divide em

- a) Traumático;
- b) Não traumático (tumoral, por ex.:)

Como nos interessa aqui, apenas, o descolamento traumático, silenci-amos sobre as formas idiopáticas que constituem, ainda hoje, uma incógnita.

Depois de uma era em que o traumatismo se relacionava quasi obrigatoriamente com todo descolamento, vivemos, hoje, era oposta, em que declina a responsabilidade do trauma na genese do processo, sem contudo lhe podermos negar papel em certo grupo de casos, onde o ferimento deixa incontestável o selo etiológico.

O traumatismo atua, ora diretamente, com ou sem rupturas escleraes, ora indiretamente, como nos casos de trauma sobre a cabeça, o torax, etc.

Os pequenos traumatismos, por si sós, não produzem descolamentos mas, apenas, agem como fatores desencadentes em olhos já predipostos ao acidente. Aqui, queremos deixar focalizado o verdadeiro descolamento traumático, em que o ferimento, por si, o justifica.

PATOGENIA

As causas anatômicas de descolamento da retina, em geral, são as seguintes:

- a) Elevação da retina;
- b) Atração da retina;
- c) Distensão da retina;
- d) Depressão da retina.

Elevação da retina. A retina pode ser destacada da coróide, quer pelos derrames serosos ou hemorrágicos, espontâneos uns, como no diabetes e na artério esclerose, traumáticos outros, como nas contusões violentas do globo; quer pelos tumores da coróide ou da retina que atuam, ora diretamente, ora por intermédio de um transudato seroso rico em albumina, ora pela ação combinada dos dois fatores.

A retina neste tipo de descolamento se mostra mais tensa, com dobras pouco numerosas.

Atração da retina. Este tipo de descolamento obedece a dois fatores:

- a) retração patológica do vítreo;
- b) ferida penetrante da região ciliar.



Para que a retração do vítreo dê origem ao descolamento é condição essencial que haja aderência pré-existente entre ela e a hialoide.

Sabe-se que nos ferimentos situados para trás da ora serrata, a cicatrização se processa normalmente sem outra consequência, além de uma aderência local entre corioide e retina.

A cicatrização, porém, ao nível do corpo ciliar, talvez em consequência de hemorragias mais abundantes, se faz à custa de pregueamentos da retina que se estendem em leque da cicatriz até o equador do globo.

Distensão da retina. Aqui, para que o descolamento se dê, é mister que haja uma distensão brusca da retina, como nos casos de contusões violentas do globo, com ou sem ruptura da esclerótica. Nestes casos, pode ser arrancada de sua inserção ao longo da ora serrata, mais frequentemente na região superior do olho e por conseguinte, se descolando mais ou menos completamente.

Foi a este mecanismo que obedeceu o descolamento da retina dos nossos pacientes.

Quando as distensões se fazem lenta e continuamente, a retina se mostra bem complacente, sendo capaz de acompanhar fortes ectasias do globo sem se descolar.

AS RUTURAS RETINEANAS

De diagnóstico fácil quando situadas na proximidade do polo posterior, ou quando são de tamanho apreciável, as ruturas retineanas podem passar despercebidas quando são pequenas, ou muito periféricas.

É preciso, nestes casos, pesquisá-las com cuidado, evitando-se a confusão com focos hemorrágicos, para o que se deve atentar à cor vermelha mais carregada e aparência superficial das hemorragias, e aos movimentos paralíticos evidenciadores de desníveis retineanos.

As ruturas retineanas (GONIN, NORDERSON) localizam-se preferentemente no setor supero temporal (72%), vindo em seguida, por ordem decrescente de frequência, os setores súpero-nasal, ínfero-temporal e ínfero-nasal.

Embora raramente podem haver ruturas sem descolamento, assim como descolamento sem rutura.

São 3 os principais tipos de ruturas:

- a) ruturas com retalho;
- b) ruturas sem retalho visível;
- c) ruturas da retina ao nível de inserção na ora serrata, as quais GONIN dá o nome de "desinserção".

Ruturas com retalho. Apresentam-se em forma de crescente ou ferradura, de vértice voltado para o nervo óptico e com cavidade para a periferia retineana. Através do rasgão notam-se os vasos coroídeos bem como a cor viva desta membrana e, às vezes, também manchas pigmentadas.

Este tipo de rutura é o mais frequente, e sua localização se faz predominantemente no setor superior da retina.

Ruturas sem retalho visível. São aberturas arredondadas ou ovais, com bordas um pouco salientes que lhes dá o aspecto de cratera. São frequentemente múltiplas, agrupadas em rosário e paralelas à periferia retineana.

Este tipo de rutura pode existir sem descolamento retineano, ou pode o descolamento não se produzir senão tardiamente.

Resulta de formações císticas, ou adelgaçamento atrófico do tecido retineano.

Ruturas por desinserção. Ocupam geralmente, as regiões inferiores da retina e são, relativamente, menos frequentes do que os outros tipos de ruturas. Vêm-se principalmente nas pessoas moças ou não miópicas e são, muitas vezes, de localização bi-lateral simétricas.

São deste tipo as ruturas traumáticas observadas nas contusões do globo. Estas, porém, ao contrário das primeiras se produzem, geralmente, nas regiões superiores do olho, onde se faz sentir a ação do contra golpe.

DIAGNÓSTICO

Não são muitos os casos de infero versão ou reflexão da retina registrados na literatura oftalmológica universal.

Não conhecemos mesmo nenhum caso dado à publicidade por oftalmologista sul-americano.

AMSLER, autoridade sobre o assunto, não se refere à espécie, quando trata dos casos desfavoráveis.

Da nossa consulta aos autores, conseguimos respigar, apenas os casos de BAQUIS (1), CONSTANTIN (2), LAWSON (3), BALLANTYNE (4), NEGRE (5), e GONIN (6).

Será porque, realmente, seja ocorrência rara a infero versão da retina? Ou é porque o seu diagnóstico pode passar muitas vezes despercebido?

GONIN chama a atenção para o fato de que as desinserções escapam facilmente ao oftalmoscopista pouco avisado.

Como a vizinhança da ora serrata é zona de exploração difícil e a retina aí é muito delgada e pobre em vasos, o observador, diz ele, não sabe se a superfície vermelha que limita com a dobra retineana dever ser tomada pela coroide desnuda ou pela coroide ainda coberta pela retina aderente.

Os dois casos de nossa observação, apresentavam acima da dobra retineana essa superfície vermelha, que um exame menos acurado poderia tomar por uma zona de retina sã, quando se tratava, na realidade, de superfície coroideana desnuda.

Outro sinal para o qual devemos atentar bem é a invisibilidade da papila, que fica recoberta pela porção descolada e invertida da retina.

Quando, apesar do descolamento, a acuidade visual é compatível, devemos ter presente ao espírito os sintomas subjetivos assinalados por alguns autores, relacionados com a inversão da retina, ficando aí o cônes e bastonêtes voltados para o observador: — a diplopia invertida, com a curiosa sensação acusada pelo paciente de que, ao observar com o olho doente os raios da roda de um veículo em movimento, os vê girando em sentido contrário ao de sua marcha.

Diante, pois, de um caso de descolamento da retina apresentando os sintomas subjetivos atrás assinalados, ou quando o exame objetivo não deccobre a papila, nem vasos retineanos na superfície vermelha com a qual limita superiormente a dobra retineana, devemos pensar no diagnóstico de infero versão da retina, principalmente se nos comemorativos do doente houver referência a traumatismo.

Nas nossas duas observações ficarão bem claros os caracteres inconfundíveis para um diagnóstico exato.

E é de todo desejável que o dignóstico exato seja feito porque dele decorre necessariamente uma indicação cirúrgica precisa.

Uma intervenção baseada no pressuposto errôneo de ser o retalho invertido uma bolsa retineana, só poderá acarretar sofrimentos e despesas inúteis para o doente e descrédito para o cirurgião.

É claro que este conceito relativo a indicação cirúrgica é puramente escolástico.

Estamos, porém, num conclave que reúne, nesta oportunidade, as expressões mais altas da oftalmologia nacional.

E a lição da sabedoria e da experiência alheia será, por nós, sempre ouvida com prazer.

OBSERVAÇÕES

CASO 1 — A. A. C. br. 32 anos, natural de Minas Gerais e residente neste Estado.

Aos 16 anos, em consequência de uma explosão, foi traumatizado no OE. Submeteu-se, então, à operação de cataracta (extra-capsular com iridectomia total). Diz que, desde então, OE. lhe facultava bom campo visual, podendo mesmo com lentes apropriadas distinguir pequenos caracteres. Há 15 dias, sem motivo aparente, deficit visual de OE.

OVD= 1.

OEV= má percepção luminosa.

À oftalmoscopia, verificava-se logo grande bolsa retiniana acinzentada na metade inferior, com limite de transição para o setor superior róseo, de aspecto ondulado e de posição mais ou menos horizontal.

Chamou a atenção, em primeiro lugar, a impossibilidade de se localizar a papila e, logo após, a inexistência de vasos na metade rósea superior.

O exame mais acurado demonstrou que o fundo róseo da metade superior era coroideano, com ausência da retina em toda sua extensão. E mais, que na bolsa retineana inferior não existiam os vasos habituais, mas, apenas, um ou outro, e mesmo assim mal desenhados e pouco visíveis.

Firmava-se, destarte, a convicção de que a retina superior se desinserira no contorno periférico, numa grande diálise antero-superior caindo e revirando-se sobre a metade inferior poupada, de modo tal que encobria o disco papilar, e justificando a pequena visibilidade dos vasos, que ficavam assim separados do observador por toda a espessura da retina.

Depois de estabelecida essa opinião, interpretava-se bem o aspecto (que a retinografia e o desenho exibem) de um verdadeiro promontório da zona descolada: esse promontório nada mais é do que a papila, que sustenta a retina refletida, descendo esta de cada lado a níveis bem mais baixos.

Seguindo-se para a extremidade interna da retina refletida, notava-se no extremo periférico uma interrupção do descolamento (visível no desenho): é que uma pequena orla periférica de retina jazia em posição no quadrante súpero-interno, vendo-se bem a linha de rotura, ao longo da qual se desprende a retina correspondente, para acompanhar as porções superiores vizinhas em sua ínfero-versão.

Infero versão da retina
(Desenho do Dr. E. C.)



A. A. C., 32 anos, branca, casada

Infero versão da retina
(Retinografia feita pelo
Dr. A. B.)



Caso I: A. A. C., b. 32 a.

Infero versão da retina
(Desenho do autor)

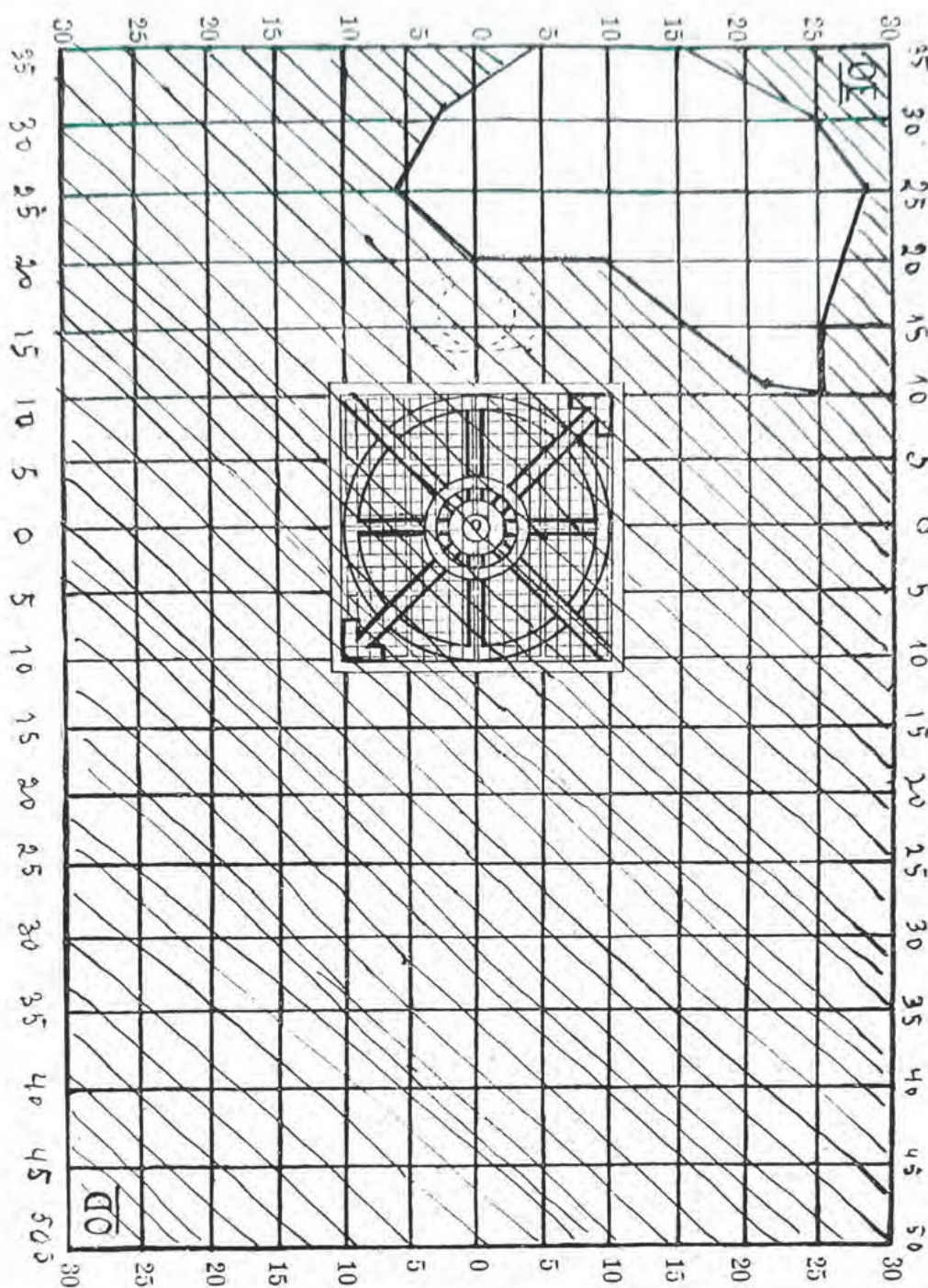


A. B. A., branca, solteira, 18 anos

Nome A. R. C.Data 9-9-46

GRÁFICO PARA O ESTÉREO-CAMPÍMETRO LLOYD

N.º



ÍNDICES

CÓR	TAMANHO
BRANCO	<u>4º</u>
AZUL	_____
VERMELHO	_____
VERDE	_____

INTENSIDADE DO REOSTATO

MÁXIMA	_____
MÉDIA	<u>X</u>
MÍNIMA	_____

ILUMINAÇÃO DA SALA ESCURA

OBSERVAÇÕES _____

Apesar da visão quasi nula, foi pesquisado o campo visual no estéreo-campímetro de Lloyd (isoptera 4.^o-branco). Verificou-se conforme gráfico, uma pequena ilha de visão indistinta temporal superior.

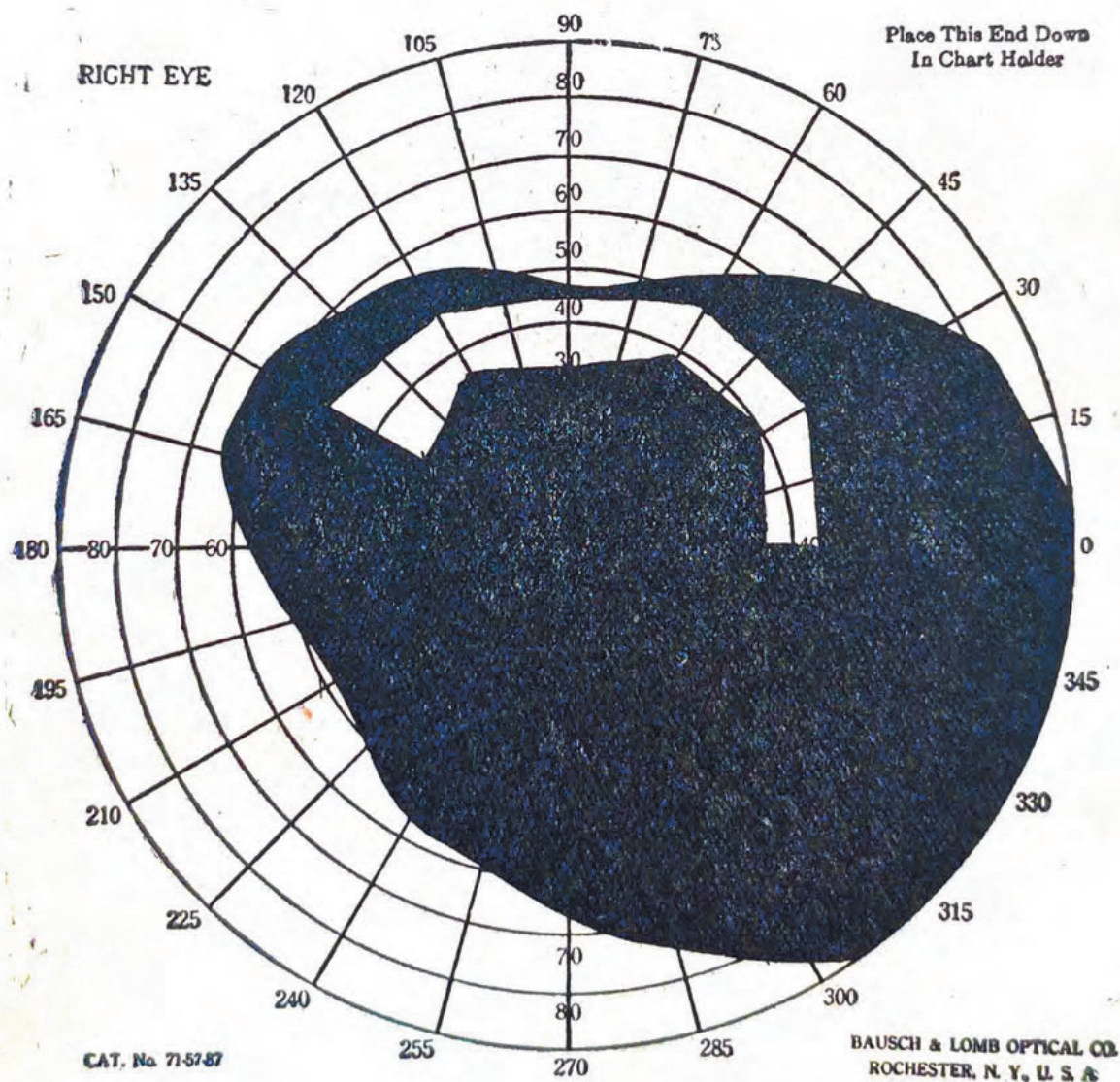
CASO 2 — A. B. : 18 anos br. natural de Minas Gerais e residente neste Estado.

Queixava-se de ter ficado com a vista embaraçada completamente desde que, há cerca de 15 dias, sofrera em partida de futebol forte ponta-pé no OD. Conjuntiva bulhar do OD. ligeiramente hiperêmica.

Tonus e reflexos normais.

ODV = vultos.

OEV = 1/4.



Infero versão da retina

Obs. n.º 1 — A. B. A., branca, 18 anos — 17-8-948

Exame oftalmoscópico. No OE. ligeiro edema macular o que explicava possivelmente o deficit visual que o paciente apresentava neste olho. No OD. cujo diagnóstico de descolamento retineano foi feito logo de início, notava-se uma faixa horizontal, proeminente, pregueada, de cor cinzento-escura, dotada de movimentos de ascensão e queda quando o paciente movimentava a cabeça para cima e para baixo.

A borda superior da faixa era ligeiramente sinuosa e terminava do lado temporal, no setor correspondente mais ou menos as 10 hs. em nível um pouco superior ao de sua extremidade nasal. Acima dessa borda via-se uma zona de cor vermelha, que um exame atento reconhecia ser coroide desnuda. A sua borda inferior mostrava-se franjada, com a extremidade mais clara e brilhante, em consequência de seu reviramento, e descrevia uma curva de concavidade superior.

Um vaso pouco visível percorria o retalho e sua pouca visibilidade decorria do fato de, como na primeira observação, estar sendo visto através de toda a espessura da retina.

Logo abaixo da faixa ínfero-vertida notava-se um trecho de retina descolada, de cor cinzenta mais clara do que a do retalho e percorrida por vasos retineanos de aparência normal. Estes vasos, artérias e veias, entre os quais se via uma estria branca, vertical, perdiam-se convergentes por baixo do retalho refletido.

Na porção mais periférica do campo inferior aparecia um área de retina de aspecto oftalmoscópico normal. Flocos no vítreo.

Em 17-8-948, a visão de OE. era igual a 1, e o exame perimétrico praticado no OD. revelou uma estreita faixa de visibilidade em arco no hemi-campo superior, conforme mostra o gráfico anexo. (Perímetro de Ferre-Rand).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BAQUIS — Anal. de Ott. XXV, 241, 1896.
- 2 — CONSTENTIN — Int. Cong. Oft. Lucerne, 1904.
- 3 — LAWSONS — Trans. Oft. Soc. of the U. K. XXXVII, 1917.
- 4 — BALLANTYNE — Idem, LI, 1931.
- 5 — NÉGRE — Bull. Soc. Oft. de Paris, pág. 196, 1932.
- 6 — GONIN — Le décollement de la retine, pag. 27.

CEFALEAS E AMETROPIAS (*)

DR. RUBEN SOTTO-MAIOR

Ex-Assistente da Clínica Oftalmológica da
Faculdade de Medicina de Universidade de
Minas Gerais

JUIZ DE FORA

Antes de iniciarmos a leitura do presente trabalho, queremos externar nossa grande satisfação em podermos contribuir, com êste modesto resultado de nossas lutas diuturnas, para as VI JORNADAS MÉDICAS DE JUIZ DE FORA, e o nosso agradecimento aos seus organizadores.

Procuraremos, dentro da exiguidade de tempo que nos é concedida, fazer um relato que seja sucinto e proveitoso, o tanto quanto possível versando sôbre as estreitas relações existentes entre os cefaléas e ametropias.

Os que se segue não constitui novidade. Pelo contrário, é assunto dos mais estudados e debatidos nas esferas oftalmológica e de clínica médica. Queremos, assim trazer, mais uma vez, a êste Plenário, tão importante capítulo da Medicina que, não raras vezes, é relegado a um plano de notória inferioridade. Abordaremos as cefaléas frequentes, insidiosas, de origem exclusivamente ocular, reportando-nos, apenas, às outras variedades clínicas. Assim julgamos conveniente, de início, frisar que a palavra CEFALÉA será empregada quando quisermos reportar-nos à dôr ou parestesia da cabeça.

Ocorre ela, podemos afirmar, em quasi todas doenças. A própria terapêutica, algumas vezes, costuma suscitá-la. É considerada como tarefa bastante árdua, no campo da Medicina Clínica, o combate à cefaléa, visto cuidar-se, apenas, do tratamento sintomático e não, especialmente, do respectivo tratamento etiológico. Para nós será ela sempre um sintoma, cuja origem deve ser rebuscada. Para o paciente, no entanto, poderá adquirir um carater de maior importância, talvez maior que a própria doença que a provocou.

Raras são as pessoas que nunca experimentaram a sensação realmente desagradável do contínuo martelar de uma dôr de cabeça. Esta,

* — Trabalho apresentado às 6.^a Jornadas Médicas de Juiz de Fora, em Agosto de 1948.

quase sempre, arrasta consigo zumbidos, mal-estar, agitação cerebral e tantos outros sinais que tão bem conhecemos.

Em certos casos, no estado agudo da moléstia, maior será a dor, decrescendo, porém, em intensidade, com o desaparecimento da afecção.

HORTON adaptou o seguinte quadro, indicador das causas prováveis de cefaléas. É o que passamos a ler.

I — CEFALÉAS POR VASO-DILATAÇÃO:

A — primariamente por vaso-dilatação:

1 — doenças febrís:

- a) doenças infecciosas agudas
- b) doenças por virus
- c) septicemias

2 — cefaléa por tensão nervosa

3 — enxaqueca

4 — cefalalgia histamínica — (síndrome de HORTON)

5 — cefaléa por esforço

6 — cefaléa alérgica

7 — intoxicação pelo CO

8 — intoxicação pelo álcool

B — Cefaléas por diminuição do tonus vascular:

1 — Hipotensão

2 — anoxemia:

- a) anemia
- b) doenças pulmonares
- c) envenenamento por CO²

3 — neurastenia

4 — intoxicação por certas drogas

5 — fadiga

6 — fome, jejum

7 — cefaléa pósanestésica

8 — acidose

C — Cefaléas por aumento da pressão do pulso:

1 — regurgitação aórtica

2 — fístula artério-venosa

3 — hipertensão

4 — tirotoxicose

5 — intoxicação pela digitalis

D — Cefaléas por congestão das veias da cabeça:

1 — espirros, tosses

- a) arterite temporal
- b) meningite
- 2 — soluços
- 3 — tumores do mediastino
- 4 — trombose sinusal
- 5 — oclusão venosa:
 - a) da veia cava superior
 - b) das veias jugulares
- 6 — adenites cervicais

II — CEFALÉAS POR COMPROMETIMENTO DIRETO DAS PAREDES VASCULARES:

- A — inflamações:
 - 1 — arterites — (infecciosas, alérgicas):
- B — doenças degenerativas: — artério-esclerose
- C — hemorragias
- D — embolias
- E — sífilis
- F — toxemia da gravidez
- G — uremia
- H — tuberculose
- I — brucelose

III — CEFALÉAS MECÂNICAS:

- A — lesões intra-cranianas:
 - 1 — tumores
 - 2 — abcessos
 - 3 — cistos, granulomas
 - 4 — aneurismas
 - 5 — amolecimentos
- B — Hidrocéfalos secundários
- C — Hematomas
- D — Lesões do crânio:
 - 1 — tumores
 - 2 — inflamações:
 - a) periostite
 - b) ósteomielite
 - c) ósteite
 - 3 — necroses
- E — Cefaléia por punção lombar

IV — CEFALÉAS NEUROPÁTICAS:

A — Neuralgias:

1 — neuralgia do trigêmio:

a) oftálmica

b) maxilar

c) mandibular

2 — neuralgia esfeno-palatina

B — Neurites:

1 — Inflamatórias

2 — Degenerativas

V — CEFALÉA POR LESÕES DE ESTRUTURAS EXTRA-CRANIANAS:

A — Lesões musculares:

1 — cefaléas por aumento da tensão muscular

2 — miosites

3 — fibrosites

4 — cefaléa reumática

B — Lesões do pescoço:

1 — artrites

2 — tumores:

a) do pescoço

b) segmento da coluna vertebral

C — Traumatismo:

1 — contusão

2 — concussão

3 — fraturas

D — Lesões dos dentes:

1 — cárie

2 — abscesso

3 — pulpites

4 — osteomielite do maxilar

VI — CEFALÉAS REFLEXAS:

A — Por irritação vagal:

1 — disfunção gastro-intestinal

2 — doenças do fígado e da vesícula biliar

- B — Constipação
- C — Menstruação
- D — Lesões útero-ovarianas :
 - 1 — deslocamentos
 - 2 — tumores
 - 3 — inflamações

VII — TIPOS VARIADOS DE CEFALÉAS:

- 1 — distúrbios metabólicos
- 2 — avitaminoses
- 3 — parasitoses intestinais — (amebiasas)
- 4 — abuso de medicamentos
- 5 — cefaléas idiopáticas

VIII — CEFALÉAS OFTALMO-OTORINOLARINGOLÓGICAS:

- A — Lesões do ouvido :
 - 1 — lesões do conduto auditivo externo :
 - a) obstrução por cerumen
 - b) furúnculo
 - c) corpo estranho
 - d) neoplasma
 - 2 — otites médias
 - 3 — otoesclerose
 - 4 — obstrução da trompa do Eustáquio
 - 5 — labirintite
- B — Lesões do nariz :
 - 1 — infecção
 - 2 — rinite alérgica
 - 3 — neoplasma
 - 4 — desvio do septo
 - 5 — hipertrofia dos cornetos
 - 6 — epistaxe
 - 7 — corpo estranho
 - 8 — doenças dos seios para-nasais
- C — Lesões da garganta :
 - 1 — adenoides
 - 2 — amigdalites
 - 3 — infecção :
 - a) amigdalite

b) abscessos peri-amigdaleanos

c) abscessos retro-faringeanos

D — Lesões dos olhos:

1 — ceratites

2 — irites

2 — irido-ciclites

4 — uveites

5 — glaucoma agudo

6 — dacriocistite

7 — fotosensibilidade

8 — vícios de refração ou ametropias.

Foi do último capítulo de afecções que tiramos o título para este nosso despretencioso trabalho: — CEFALÉA E AMETROPIAS. Tudo o que antes dissemos, serviu, pois, de preâmbulo para o estudo que se segue.

Podem originar-se as cefaléas, como vimos, de distúrbios funcionais dos olhos e de vícios de refração, também chamados AMETROPIAS.

Julgamos necessário serem lembradas as seguintes definições: — ÔLHO EMÉTROPE ou NORMAL é aquele que, em repouso, tem a faculdade de reunir todos raios luminosos paralelos em um ponto único, sobre a retina, ponto esse que chamaremos FOCO.

ÔLHO AMÉTROPE OU ANORMAL é todo aquele que foge a esta regra.

Classificaremos, então, os vícios de refração em:

A — Ametropias focais — (stígmicas ou esféricas).

B — Ametropias astígmicas — (cilíndricas).

Entendemos por ametropias focais ou stígmicas aquelas em que os raios luminosos paralelos, após sofrerem refração nos meios transparentes oculares, se reúnem em um ponto — foco — situado em plano anterior ou posterior ao da retina. No primeiro caso temos a miopia e no segundo a hipermetropia.

Ametropias astígmicas ou cilíndricas — diferentemente de um olho míope ou hipermetrope, na ametropia astigmica, os raios luminosos não convergem para um foco único, dentro do olho. No dizer de MARQUEZ “os raios que partem de um ponto não mais voltam a se reunir noutro ponto”.

Tal anomalia é devida a um defeito de curvatura da face anterior da córnea, onde os raios luminosos encontram zonas dotadas de maior

e menor refringência. Isto concorre para que não haja um único ponto onde se concentrem.

O valor numérico do astigmatismo é dado pela diferença entre os valores de refração existentes entre os meridianos principais. É ele encarado como uma ametropia resultante da curvatura corneana, cuja importância é muito maior que as curvaturas das superfícies cristalíneas.

Si nas ametropias focais levamos em consideração o diâmetro antero-posterior do globo ocular — diâmetro axil — nas cilíndricas, concentraremos nossas atenções no sistema córneo-cristalíneo.

Ora, si raciocinarmos sobre estas duas anomalias — considerando a reunião dos raios luminosos em plano posterior ao da retina (hipermetropia) e se é função do olho colocar o foco desses raios sobre ela — veremos que os músculos endo-oculares, modificando a curvatura do cristalino, executa um trabalho: o trabalho de acomodação.

Todo trabalho implica a ação de uma força: no nosso caso, devido ao fato de serem expendidos esforços constantes de acomodação durante o dia, com a finalidade de nos proporcionar a sensação de “ver” o mundo exterior, o músculo ciliar ou da acomodação acha-se esgotado por tal tipo fatigante de tarefa. A isto denominamos ASTENOPIA CILIAR OU ACOMODATIVA, sendo “astenopia” um sinônimo de esgotamento ou fadiga ocular, como muito bem definiu ARGANARAZ.

Esta traduz-se em cefaléa frontal e cefaléa da região fronto-orbitária.

No olho hipermetrope, nunca o músculo ciliar está em repouso, e o tratamento excessivo, permanente, provoca uma hipertrofia do mesmo, que se reflete, principalmente, nas suas fibras circulares. Este músculo intrínseco do olho, no entanto, possui um limite funcional em seu poder de contração e distensão.

Quando o vício de refração é pequeno o cristalino pode supri-lo, corrigindo a anomalia. Já o mesmo não corre nas grandes ametropias. O músculo ciliar não podendo zelar pela normalidade funcional compensadora, provoca o aparecimento da baixa de visão. É a baixa de visão manifesta.

No dizer de DONDERS “a acomodação total confere ao olho a propriedade de adicionar a si mesmo lente convergente esférica; e a acomodação em setor, a faculdade de adicionar lentes cilíndricas corretoras do astigmatismo corneano”.

O desequilíbrio resultante da baixa de visão só será compensado com o uso de lentes apropriadas, capazes de concentrarem o fóco sobre a retina.

As inúmeras observações por nós colhidas levam-nos a declarar serem as cefaléas frontais e fronto-orbitárias mais comuns nas ametropias fracas, raras vezes apresentando-se nas fortes.

O que atrás se disse, refere-se à astenopia na hipermetropia. Falaremos a seguir nos outros tipos de astenopias, provocadoras de cefaléas.

ASTENOPIA CILIAR NO ASTIGMATISMO: nos astigmatas as cefaléas são mais frequentes e devidas, como vimos, às acomodações sucessivas a que o cristalino é forçado.

Segundo ARGANARAZ, “nas cefaléas e demais sintomas de cansaço visual, observados em indivíduos jovens, 70% dos casos são devidos a esta anômalia”.

O tratamento consiste na correção total do astigmatismo, mesmo nos casos em que este seja inferior a uma dioptria.

ASTENOPIA NA MIOPIA: — a astenopia no míope, nunca é acomodativa, porque seus olhos já se encontram adaptados, sem esforço algum, para pequenas distâncias, não havendo, pois, necessidade do cristalino acomodar-se.

A pouca atividade de acomodação explica a hipotrofia do músculo ciliar, em tais indivíduos.

É mais considerada como astenopia de convergência, devida à insuficiência funcional dos músculos retos internos do globo. Por esta razão, tal tipo de astenia deve ser estudada, juntamente, com as HETEROFORIAS. O tratamento, neste caso, consiste na prescrição de lentes côncavas.

ASTENOPIA CILIAR NA EMETROPIA: — excepcionalmente, aparece na emetropia. Nada mais é que o esgotamento mecânico do músculo ciliar, desde que o olho seja submetido a trabalho visual excessivo. É o que acontece com profissionais que se obrigam ao exame de objetos a curta distância do globo ocular como relojoeiros, desenhistas, etc.

Não somente as ametropias produzem cefaléas. AS FORIAS que também incluímos entre os vícios de refração, produzem-nas.

De acordo com a definição clássica, FORIAS são perturbações do equilíbrio muscular extrínseco do globo ocular, melhor diremos, perturbações funcionais da energia nervosa que os anima.

A cefaléia, no caso das forias, é devida ao esforço anormal dos músculos externos, a fim de que o olho seja mantido em posição cor-

reta — ORTOFORIA — permitindo a visão binocular estereoscópica, proporcionando sentido de profundidade e noção de relêvo.

Os desvios oculares latentes, ou HETEROFORIAS, provocam, habitualmente, dores de cabeça após leituras prolongadas e irritações constantes dos olhos, sintomas êstes que rotularemos com o título de ASTENOPIA MUSCULAR.

Outro ponto a ser considerado é a baixa de nível de saúde do paciente e suas repercussões no órgão visual. Temos casos, frequentemente, de pessoas debilitadas, sub-nutridas, portadoras de vícios de refração não possuídos antes. Após serem levantadas suas energias orgânicas, o sistema ocular volta a adquirir seu tonus normal, desaparecendo a ametropia e, portanto, suas consequências.

Diante do exposto, somos da opinião seguinte: — ao médico que assiste a um enfêrmo, queixoso de cefalalgia, recomendamos pesquisar a possibilidade da existência de distúrbio ocular, mesmo no caso em que não hajam sinais evidentes de enfermidade do órgão visual.

Nós oculistas, coligiremos, então, os elementos necessários para afirmar, depois de um exame acurado, si a cefaléa em causa está ou não radicada ao aparelho visual. Si se chegar a uma conclusão positiva, o uso de lentes especiais que permitem a regularização da função acomodativa, fará com que a cefaléa seja debelada.

Julgamos oportuno apresentar alguns casos colhidos em nossa clínica e que vêm suportar o que acima enunciamos.

OBSERVAÇÕES

CASO 1 — ASTIGMATISMO — Em 8-7-1947. M. M. — Solteira. 24 anos, Branca.

Queixas: — Dôr de cabeça frequente, acentuada nos momentos de leitura ou costura.

Diagnóstico: — astigmatismo miópico simples.

Receitadas lentes cilíndricas corretoras e vitamina B¹ — forte.

Resultado: — desaparecimento completo das dores.

CASO 2 — ASTIGMATISMO — Em 28-8-1947 — G. A. — Casado. 35 anos. Branco.

Queixas: — lacrimejamento constante ao forçar a vista. Fotosensibilidade apreciável, Dôres de cabeça periódicas, desaparecendo com analgésicos.

Diagnóstico: — astigmatismi miópico simples.

Tratamento recomendado: — uso de óculos.

Resultado: — desaparecimento da cefaléia.

CASO 3 — ASTIGMATISMO — Em 10-9-1947 — M.C.A. — Solteira. 24 anos. Branca.

Queixa: — Óculos que usava inapropriados para longe. Sensação de ardência e de presença de arêia. Fotofobia pronunciada. Cefaléia constante.

Diagnóstico: — Miopia. O.E. com astigmatismo.

Tratamento: — uso de lentes adequadas e colírio de sulfato de zinco.

Resultado: — Cefaléia evanescente após os primeiros dias, desaparecendo por completo pouco tempo depois.

CASO 4 — HIPERMETROPIA — Em 24-7-1947 — A.S. Casado. 33 anos. Branco.

Queixas: Olhos congestionados, sensação de cansaço visual. De tempos a tempos, dores na fronte e sobre os olhos.

Diagnóstico: — hipermetropia fraca.

Tratamento: — prescritas lentes corretoras.

Resultado: — A congestão bulbar desapareceu gradativamente, bem assim com a sensação de fadiga ocular.

CASO 5 — HIPERMETROPIA: — Em 10-9-1947 — F.M.O. Solteiro. 30 anos. Branca.

Queixas: — Dores frontais. Sensação de ardor. Pálpebras pesadas e embaciamento visual.

Diagnóstico: — hipermetropia.

Tratamento: — Exclusivamente com lentes.

Resultado: — Após o uso de óculos, todos sintomas desapareceram por completo.

CASO 6 — MIOPIA — Em 21-1-1948 — R. A. Solteira. 24 anos. Branca.

Queixas: — cefaléia frequente desde que se dedicava a bordar. Baixa manifesta de visão. Fotosensibilidade.

Diagnóstico: — miopia com astigmatismo.

Tratamento: — uso de lentes corretoras — (Soft-lite côr 2).

Resultado: desaparecimento completo de dores e da sensibilidade acusada.

CONCLUSÕES

Examinando-se as observações citadas, parece-nos que, no campo das cefalalgias resultados benéficos serão esperados desde que seja feita uma profunda sinergia dos clínicos com os oftalmologistas.

Paralelamente com a refração, instituímos terapêutica adequada, recomendamos exames complementares de laboratórios, radiografias e outros meios dos quais nos podemos valer para que sejamos levados a conclusões seguras, permitindo-nos chegar a diagnósticos certos.

A título informativo, resta-nos dizer haver empregado na refração e esquiascopia a ciclopegina a 2,5%. Seguimos o método de rotina, instituído pelo professor HILTON ROCHA, diretor do Hospital São Geraldo, em Belo Horizonte, Catedrático de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, nome sobejamente conhecido nas esferas oftalmológicas nacional e internacional, a quem, neste momento, externamos nossos sentimentos de profunda gratidão e grande admiração, tornando públicas nossas homenagens àquela lídima glória da ciência brasileira, que nos proporcionou a honra sem par de compartilharmos, como discípulos dele que fomos, de seu grande talento.

Juiz de Fóra, Agosto de 1948.

BIBLIOGRAFIA

- PROF. HILTON ROCHA — “Constituição e Refração” — Anais do IV Congresso Brasileiro de Oftalmologia. Vol. II. 1942 — Rio.
- FUCHS-SALZMAN — “Tratado de Oftalmologia” — Versão hespanhola, 1936.
- RAUL ARGANARAZ — “Manual Prático de Oftalmologia” — 3.^a edição.
- CHARLES H. MAY — “Manual de Doenças dos Olhos” — Ed. Bras. 1947.
- AXENFELD — “Traité de Ophtalmologie”.
- DR. A. DE OLIVEIRA LIMA — “Cefaléas — Considerações gerais” — Rev. Bras. de Medicina. Vol. IV. N.^o 3. 1947.
- C. H. BROWN, M. D. — The Optician's Manual, vol. II. 1911.