

## ANÁLISES DE REVISTAS

PENETRAÇÃO INTRA-OCULAR DA CORTISONA E SUA AÇÃO NAS QUEIMADURAS EXPERIMENTAIS DA CÓRNEA. I. H. LEOPOLD e F. R. MAYLATH. *Am. J. Ophthalmol.*, 35, nº 8 (agosto) 1952.

O presente estudo foi dividido em duas fases principais: 1) a penetração intra-ocular da cortisona administrada local e sistemicamente; 2) a experiência atual de cada método no tratamento das queimaduras da córnea.

Os autores empregaram coelhos e utilizaram o teste de Porter e Silher para avaliar a presença da cortisona nas câmaras do globo ocular (êste teste se baseia na alteração da cor das substâncias analisadas em face da fenilidrazina). Amostras de humor aquoso e vítreo foram continuamente retiradas e analisadas. Foram estudadas as queimaduras produzidas por agentes alcalinos, ácidos e térmicos. Antes das queimaduras experimentais, os olhos foram previamente anestesiados com uma solução a 0,5% de cloridrato de tetracaína.

Foi empregado o seguinte método: a) Instilações tópicas — Uma suspensão de acetato de cortisona diluída a 1:4 em "zephiran" a 1:10.000, foi instilada num lote de 25 coelhos (uma gota seis vezes, de hora em hora, e mais quatro vezes, de duas em duas horas) durante 4 dias. A experiência foi repetida usando-se uma suspensão de acetato de cortisona contendo 25 mg de cortisona por ml de solução salina. b) Injeção subconjuntival — 1,25 mg de acetato de cortisona foram injetados de 12 em 12 horas durante 48 horas; a seguir, 1,25 mg diariamente durante dois dias. Noutro lote de animais foram administrados 12,5 mg diariamente durante 3 dias, e ainda noutro lote, com a mesma técnica, 25 mg. Nenhuma injeção subconjuntival foi feita após o quarto dia. c) Injeção retrobulbar — 25 mg de suspensão de acetato de cortisona foram injetados retrobulbarmente uma vez por dia durante 3 dias. d) Administração sistêmica — 100 mg de acetato de cortisona foram administradas 3 vezes, de oito em oito horas no primeiro dia; duas vezes, com um intervalo de 12 horas no segundo dia e nos dois dias seguintes apenas uma dose diária. Em todos os casos assinalados foram feitas análises do vítreo e do aquoso, 24, 48, 72, 96 e 120 horas após o início do tratamento. Finalmente, uma dose de 20 mg de ACTH (corticotropina) foi injetada no músculo 4 vezes por dia, durante dois dias e meio.

Resultados — 1) A suspensão de acetato de cortisona aplicada tópicamente penetra rapidamente na câmara anterior do olho do coelho. A terapêutica contínua permite alcançar um nível máximo que não é ultrapassado por tratamento ulterior. A parada do tratamento é acompanhada por uma rápida queda das concentrações da cortisona nas 24 horas subseqüentes. A aplicação tópica permite obter níveis determinados mas não elevados de cortisona no humor vítreo. A cortisona desaparece do humor aquoso 24 horas após o término do tratamento, embora leve mais tempo para desaparecer do humor vítreo. 2) A cortisona administrada subconjuntivalmente produziu concentrações elevadas no humor aquoso, obtida mais rapidamente do que nas aplicações tópicas. As concentrações obtidas no vítreo foram mais elevadas do que as obtidas por aplicação tópica. Após 24 horas de administração por esta via, os níveis de cortisona rapidamente diminuíram na câmara anterior e menos rapidamente na câmara posterior. 3) Por administração sistêmica, a cortisona penetrou rapidamente nos humores aquoso e vítreo. Os níveis obtidos no humor aquoso foram mais elevados do que

os do vítreo. A percentagem de penetração foi, contudo, mais lenta por esta via do que por via subconjuntival. A percentagem do aparecimento de corticóides após administração intravenosa e intramuscular de ACTH foi mais lenta e menos elevada do que a cortisona aplicada intramuscularmente. 4) Todos os métodos, nas diferentes vias referidas, produziram redução de cicatriz nas queimaduras da córnea por agentes térmicos, ácidos e álcalis. 5) A terapêutica pela cortisona reduziu a extensão da vascularização córnea após queimadura extensa por álcali.

JULIO PEREIRA GOMES

A AUREOMICINA NO TRACOMA. A. E. DIAB e N. ABU-JAUDEH. *Am. J. Ophthalmol.*, 35, nº 8 (agosto) 1952.

Pela ação específica da aureomicina contra os vírus do grupo da psitacose e do linfogranuloma ingüinal, parece razoável supor, do ponto de vista teórico, que constitua um agente terapêutico específico contra o tracoma. Até o momento, contudo, raros têm sido os trabalhos neste sentido. Alguns autores verificaram resultados encorajadores do emprêgo de aureomicina no tracoma.

Neste artigo são publicados os resultados do tratamento do tracoma pela aureomicina em 20 casos. É o primeiro trabalho que nega a ação da aureomicina contra o tracoma.

Todos os pacientes eram crianças de 4 a 8 anos de idade que nunca tinham sido submetidas a tratamento prévio. Todos apresentavam o tracoma típico (tipo II) de Mac Callan, com folículos, "grãos de sagu" (excrecências que estouram à pressão) e um pannus de pelo menos 5 mm de largura. Os corpúsculos de inclusão do tracoma não foram pesquisados. A flora bacteriológica da conjuntiva foi estudada antes e depois de 24 horas do início do tratamento. Todos os pacientes foram hospitalizados durante o tratamento.

O primeiro grupo de 10 pacientes foi tratado com a instilação de uma solução a 0,5% de borato de aureomicina no saco conjuntival de hora em hora, durante 12 dias. O outro grupo de 10 pacientes foi tratado com aplicações de pomada oftálmica de cloridrato de aureomicina, de 2 em 2 horas durante 12 dias, junto com uma cápsula de 250 mg de aureomicina cada 6 horas, durante 12 dias. Como critério da cura foram considerados: o número de folículos; a densidade e tamanho dos "grãos de sagu"; largura e espessura do pannus. As papilas conjuntivais e os sintomas subjetivos do paciente não foram tomados em consideração, pois ambos são devidos à infecção secundária bacteriana e não dependem do processo tracomatoso em si.

Cada caso foi estudado com lâmpada de fenda antes e depois do tratamento. Nos dois grupos de pacientes tratados os resultados obtidos foram similares. Após 12 dias de tratamento, os folículos, as excrescências em forma de sagu e o pannus estavam inalterados. Desde que os pacientes tinham um mínimo de sintomas subjetivos, eles não sentiram melhoras. Toda a flora bacteriana no saco conjuntival desapareceu 48 horas após o início do tratamento.

A contradição entre êsses resultados e os de outros autores, é atribuída a fatores tais como: 1) erro de diagnóstico; muitos casos de conjuntivite subaguda ou folicular são rotulados de tracoma e subseqüentemente curados pelas sulfas ou antibióticos; 2) muita importância é dada na melhora subjetiva que os pacientes experimentam após o tratamento; deve ser lembrado que a melhora dos sintomas também pode ser obtida com o uso de drogas suaves; 3) certos tipos de vírus podem ser sensíveis à aureo-