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 urgencia 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 possivel. O criterio para a determinação de necessidade e urgencia 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 cadaver, oferecem futuras possibilidades mas exigem ainda maior experiencia clínica.

O transplante imediato de mucosa bucal deve ser feito em casos de queimadura dos olhos pelos gazes 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 deleterios efeitos dos gazes de guerra sobre a cornea.

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

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 memoravel trabalho, historía toda a campanha antitracomatosa 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.

Num livro de 150 páginas, ele descreve a organização dada aos serviços de profilaxia do tracoma em todo o territorio do Estado, no ano de 1943, com um estudo de uma estatistica de 54.362 pessoas atendidas nos Postos e Dispensarios de Tracoma.

Inicia seu trabalho com considerações de ordem geral sobre o tracoma no Estado, evidenciando que a campanha compõe-se de tres fases: a) fase preparatoria; b) fase de instalação e execução; c) fase de consolidação.

No Cap. II, apresenta mapas do Estado de S. Paulo com a distribuição do tracoma, organizado de acordo com uma divisão comparativa e esquematica, das 7 zonas onde estão instalados os Dispensarios e os Postos de Tracoma.

N Cap. II, descreve de maneira minuciosa a organização do serviço de profilaxia e a sua atividade, que compreende um orgão diretor; 34 Dispensarios localizados na Capital e nas principais cidades do Interior e 20 Postos Ruraes e Unidades Moveis; um Departamento de Pesquiza, localizado no proprio Instituto de Tracoma, assim como tambem a parte administrativa.

Estudando com detalhe os Dispensarios Anti-tracomatosos, as Unidades ou Postos Ruraes, e as Unidades Moveis, o autor descreve com minucioso detalhe o criterio para a localização, instalação, plantas padrões para os edificios, pessoal tecnico e varios modelos de equipamentos.

Noutro Cap. o autor estuda detalhadamente o funcionamento dos 54 postos, assinalando que em geral os Dispensarios trabalham anexos aos Centros de Saúde da Capital e das cidades, ou ás vezes isoladamente, localizando-se de preferencia onde mais grassa a endemia, após estudos estatisticos das zonas do Estado. Os Postos Ruraes e localizados de preferencia nas vilas, fazenda e fabrica, explicam-se pela maior agremiação dos individuos. As unidades moveis ou Postos Moveis, possuem um carro-ambulancia provido com uma bateria medicamentosa e cadeiras desarmaveis; os enfermeiros tecnicos do assunto viajam através das zonas ruraes, parando por algum tempo, segundo conselho medico, nas fazendas, sitios e onde é necessario o seu trabalho.

Em todos os Dispensarios do Estado existem trabalhando 36 medicos especialistas e 81 enfermeiros técnicos, ao lado de numerosos medicos e enfermeiros.

É abordado tambem pelo autor o tratamento médico e cirurgico, e o problema do internamento dos pacientes. Expõe diversos métodos de tratamento e o empregado pelo Instituto de Tracoma, analisando a dóse terapeutica, metodo, prevenção de acidentes, dietetica, contra-indicações, intolerancia á droga, e toxicidade das sulfas.

Na parte administrativa constata que cada paciente custa ao Estado, Cr$ 19,81 e depois de curado, Cr$ 166,32.

A seleção do pessoal técnico especializado é de grande importancia para o sucesso da campanha, assim como outros pormenores taes como, a classificação do tracoma adotada durante o serviço, notificção compulsoria, tratamento compulsorio, educação sanitaria, estudo e pesquiza, e assim todos os minimos detalhes são estudados por Sylvio A. Toledo. Pelo quadro abaixo podemos ter uma visão succinta do que realisou o Instituto de Tracoma no Estado de São Paulo:

Doentes registrados	54.362
Pessoas atendidas	633.684
Consultas medicas	63.565
Unidades de Sulfa administradas	740.500
Operações	1.459
Primeiros cuidados	1.557.749
Exames de laboratorio	4.576
Injeções	5.180
Visitas á residencias e centros de agremiação	4.845
Pessoas examinadas nessas visitas	46.543
Conferencias	6.970

Para enriquecimento do trabalho ainda vemos estudado no seu livro capitulos taes como: a) educação sanitaria; b) assistencia medica e sanitaria, em relação aos cuidados, tratamentos, operações e exames de laboratorio; c) epidemiologia em relação com os diversos tipos de tracoma, nacionalidade, côr, sexo, e profissão dos pacientes; d) tracoma e cegueira; e) tracoma e tests biologicos, tracoma e condições climaticas e geograficas; g) tracoma e contagio com ilustração de cartazes para prevenir a infecção.

ALFREDO ROCCO

SEIOS PARA-NASAIS E NERVO OPTICO

ORLANDO DE CASTRO LIMA — Bahia, 1944 (Contribuição ao estudo da neurite retro-bulbar rinogênica)

E' uma magnifica contribuição nacional ao estudo dos seios paranasais: quer na sua anatomia clinica, quer nos vários aspétos radiológicos normaes e patológicos, quer nas relações entre o nervo optico e ás mesmas cavidades no chamado "Achado" nasal quer, finalmente, no diagnostico e tratamento da neurite optica retrobulbar rinogênica.

Com cerca de 200 paginas é um livro muito bem feito tambem materialmente, profusamente ilustrado com desenhos e fotos (ao todo 112 gravuras) no qual o autor revelou-se um pesquisador, um estudioso e um expositor claro do intrincado e controvertido capitulo da oftalmologia, tal seja o das neurites opticas de origem rinogênica Após ás conclusões, bibligrafia e indices, o autor traz um resumo em inglês de toda a obra.

São suas conclusões:

a) — Ha neurites ópticas retro-bulbares determinadas pelas inflamações das cavidades paranasais, mas estes acidentes mórbidos são relativamente raros.

b) — As inflamações do nervo óptico (N.R.B.) determinadas pelas afecções das cavidades paranasais se estabelecem de duas maneiras: a) transmissão direta e b) transmissão indireta, ou melhor, à distancia (neurites retrobulbares por infecção focal). As que se enquadram na letra (a) podem ser determinadas pelas afecções agudas ou cronicas das citadas cavidades. As sob o rótubo (b) apenas pelas afecções cronicas.

c) — A neurite óptica retro-bulbar rinogênica, no sentido mais estricto do termo, é o resultado da ação direta da afecção dos seios esplancnocranicos sobre a porção retro-bulbar do nervo óptico. Ficam, desse jeito, afastadas do capitulo das neurites retro-bulbares rinogênicas as determinadas pelas perturbações inflamatórias do complexo anterior exclusivamente, desde que são muito raras as relações deste complexo com o nervo óptico.

d) — A neurite óptica retro-bulbar rinogênica, pode estar associada à infecção focal, oriunda do seio que ameaça diretamente o nervo óptico ou de um outro seio, de uma tonsila ou de qualquer orgão, da mesma maneira, que, muitas vezes, se encontra associada à sifile e, segundo certos autores, à tuberculose.

e) — As relações entre os seios esfenoidais e as celulas posteriores do etmoide com o nervo óptico, se estabelecem dos modos mais diversos. Estas relações foram estudadas no 2.º e no 3.º capitulos.

Diversas condições anatômicas podem só ou agrupadamente se tornarem fatôres predisponentes à lesão da estrutura nervosa.

f) — Por meio da Radiologia pode se ter uma idéia aproximada de tais condições e da relação entre as cavidades paranasais e o nervo da visão. Também, pode ser util, ás vezes, uma radiografia do canal óptico.

g) — Os dados subjetivos no exame ocular (acuidade visual e campo visual) são muito mais importantes para o diagnóstico de neurite óptica retro-bulbar, que os dados objetivos, não se os devendo todavia, dispensar.

h) — Em ultima instancia, o rinologista é que assenta o diagnóstico de neurite ótica retro-bulbar rinogênica, quer só ou com ajuda do oftalmologista.

i) — Nos casos agudos, o tratamento médico, local e geral, pode conduzir à cura do paciente. E' necessário, no entanto, não descurar a constante vigilancia, para intervir, se preciso, no momento oportuno.

j) — Nos casos crônicos, o tratamento habitual é o cirurgico, que deverá ser o menos mutilante possivel, sem chegar em todo o caso ao exagêro de prejudicar o bom êxito da intervenção. Ele se dirigirá, especialmente, à cavidade ou às cavidades responsaveis pela afecção ocular.

k) — O prognóstico da N.O.R.B. está na dependência de inúmeros fatores, condições personalissimas do individuo, intensidade e carater da infecção, etc. De maneira geral, no entanto, o prognóstico é favoravel desde que seja executado o tratamento conveniente.

W. BELFORT MATTOS

SINDROMO DE CLAUDE BERNARD-HORNER NA LEPRA

ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA — "Revista Brasileira de Leprologia" Vol. XII - N.º 4

O A. apresenta à Sociedade Paulista de Leprologia um caso de sindromo de Claude Bernard-Horner em um doente de lepra. Constatou a presença dos seguintes sinais: ptose palpebral, enoftalmia, miose, heterocromia iriana e hipotensão ocular esquerda, correspondentes ao sindromo de interrupção. Procura todas as etiologias possiveis e pergunta finalmente se a lepra não poderia reproduzir esta lesão do simpatico cervical.

AUTO-RESUMO