

ALERGIA OCULAR EM 1971

CLÓVIS PAIVA *

Ao aceitar o chamamento telefônico do prezado colega Emyr Soares para tomar parte nas homenagens a Sylvio Fialho tributada pelos Ex-residentes e Estagiários do Hospital São Geraldo, tive em mente compartilhar por algumas horas da companhia dos estimados colegas de Belo Horizonte e de dar uma demonstração do apreço e do carinho que sempre dediquei a esse querido colega que, além de um brilhante profissional é, também, um escritor de belos escritos e um orador de inspiradas e antológicas orações.

Autor do livro "Páginas Viradas" — onde derramou toda a beleza de sua sentimentalidade e toda a força de um estilista primoroso — nesse seu livro ele recebe o leitor com esta jóia de prefácio: "Páginas viradas, luzes que se apagaram. Páginas viradas, vozes de ontem perdidas na distância. Fugazes como os minutos que compassam o tempo, de algumas ficam para sempre a marca, o eco, a lembrança tenaz. Recordá-las é retroceder a dias menos brancos, é buscar no passado um pouco do azul que por lá ficou. É enfeitar com velhas rendas vestes velhas que os anos desgastaram. É dourar a ferrugem. É acender uma vela... com o sentimento de quem, murmurando uma prece, ilumina um altar".

Sinto-me feliz e agradeço a Deus por esta oportunidade de estar aqui, neste momento, repartindo com todos vocês a alegria desta homenagem — justa, merecida, fraternal e amiga.

O assunto que me foi sugerido acha-se limitado no tempo e no tema: "Alergia ocular em 1971".

Não foi muito o que ocorreu, no ano passado, no campo da alergologia ocular. Tiveram continuação os trabalhos experimentais desenvolvidos, principalmente, pela escola americana, no âmbito da imunopatologia. As técnicas altamente diferenciadas, como a da inibição de macrófagos, da transformação linfocitária, da imuno-eletoforese, da ultra-centrifugação, dos anticorpos fluorescentes, dos isotopos, etc. vêm contribuindo para o crescente progresso dessas pesquisas.

Observa-se que a imunopatologia vem despontando, nestes últimos anos, como a mais provável elucidadora de um grande número de indagações e de incertezas no campo das ciências biológicas. Antevendo as suas possibilidades assim se expressou Campinchi, na apresentação do Relatório sobre "Uveítes", na Sociedade Francesa de Oftalmologia: "Nous avons la chance de vivre à l'époque immunologique de la pathologie..." elle représente actuellement la voie de recherche la plus prometteuse".

* Professor Titular de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco e da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco.

O capítulo mais apaixonante dentro do vasto elenco das imunopatias é, sem dúvida, o das doenças auto-imunes, também chamadas auto-alérgicas ou por auto-agressão. Caminhamos, embora um pouco lentamente, neste sector ajudados, em parte, pelos modernos métodos de identificação dos anticorpos e pelo aperfeiçoamento das técnicas imuno-histoquímicas.

No terreno das doenças alérgicas medicamentosas, entretanto, permanecemos quase estáticos, pouco andamos no sentido dos esclarecimentos do seu mecanismo produtor. Vale, por oportuno, a transcrição das palavras de Arbesman (E.E.UU) e de De Weck (Suíça), sobre o assunto: "O problema do diagnóstico específico da alergia medicamentosa, apesar dos progressos consideráveis nas técnicas imunológicas, está, ainda, incompletamente resolvido. As dificuldades são devidas, por um lado, à nossa ignorância dos mecanismos imunológicos responsáveis pela sensibilização a um determinado medicamento e, por outro, à constatação de anticorpos ou de uma hipersensibilidade celular que não coincide obrigatoriamente com as manifestações clínicas, quando a droga é usada".

De qualquer forma, entretanto, mais cedo ou mais tarde, mais cedo do que mais tarde, assim esperamos, virá, enfim, o triunfo. Da teoria das cadeias laterais à teoria da seleção clonal; de Ehrlich a Burnett; de Metchnikov a Landsteiner, encontram-se de permeio investigadores da categoria de Amsler, Verrey, Huber, Goldmann, Witmer, Remky e tantos e tantos outros pesquisadores, apaixonados pesquisadores, vivendo o problema, cada dia mais identificados com ele e, portanto, mais próximos da "hora da verdade".

As palavras finais desta espécie de "introito" em as quero dirigir a Hilton Rocha e Paulo Galvão, para dizer-lhes que continuem interessados nas frequentes, como eles chamaram, "coincidências mórbidas oculo-articulares", lembrados do que disseram há mais ou menos 2 anos passados, isto é, que "reumatismo, colagenose, uveíte, escleromalácia, síndrome de Sjogren, etc., são entidades que observam atentamente o evolver da auto-imunidade".

A alergia, "sensu latu", designa, hoje, todos os estados de hipersensibilidade, com exclusão da anafilaxia. Ampliou-se, portanto, o seu conceito desde que foi proposto pelo vienense Von Pirquet, em 1906, para caracterizar duas manifestações clínicas: a doença do sôro e a "reação diferente", apresentada pelos tuberculosos à tuberculina e pelos revacinados, ao vírus vacínico.

Na prospecção bibliográfica que realizamos para a elaboração deste trabalho escolhemos os temas de **alergia** e de **imunologia** pois, ambas, são fenômenos biológicos indissociáveis. Sequenciaremos, em seguida, os fatos ocorridos no ano de 1971, no campo da alergologia ocular.

Kielar, Cunningham e Gerson¹, descreveram o caso de uma criança de 7 anos de idade que apresentou uma forma gravíssima de herpes zoster oftálmico. Foi constatada uma acentuada deficiência da imunoglobulina A. A baixa titulação desse anticorpo foi, para os referidos autores, a causa da severidade da virose.

As tentativas para incluir, no tratamento dos retinoblastomas, as vacinas mixtas, compostas de células do tumor e da substância adjuvante de Freund, com a finalidade de obter a formação de anticorpos específicos, embora pareça teoricamente possível, ainda se encontra na fase especulativa necessitando de melhores esclarecimentos e "follow-up" mais demorado³.

Brauninger e Centifanto² realizaram um trabalho de pesquisa da IgE na lágrima, pelo método da radio-imuno-difusão, tendo encontrado essa imunoglobulina em maior concentração nas afecções alérgicas do segmento anterior do olho. Admitem, eles, que, no futuro, os níveis de IgE na lágrima servirão de teste para a identificação de um componente atópico nos estados inflamatórios e alérgicos do olho.

Wong, Anderson e O'Brien⁴ fizeram uma experiência até então inédita que consistiu na transformação linfocitária "in vitro", em caso de oftalmia simpática, partindo da premissa de que a O.S. é uma forma de hipersensibilidade ao tecido uveal que se segue a um traumatismo perfurante do olho. Eles conseguiram evidenciar a transformação linfocitária, ratificando assim a hipótese de que os linfócitos estavam sensibilizados a um ou a vários componentes dos tecidos oculares.

Stein e Parker⁵ chamaram a atenção para o fato de que o uso intravenoso da fluoresceína além de determinar, em algumas pessoas, náuseas e vômitos, pode provocar acidentes mais graves, como "shock" e, até mesmo parada cardíaca. Observaram a ocorrência de fenômenos alérgicos em 9 pacientes após o uso i.v. de fluoresceína. Aconselham que se tenha à mão medicamentos de urgência e oxigênio ao lado do material para a angiografia retiniana, a fim de precatar os doentes contra esses possíveis acidentes.

Brauninger e Polack⁶ descreveram um caso de oftalmia simpática curado com o uso de Prednisona na dose de 80 mg. por dia. No presente registro assinalam que embora o consenso geral admita ser a O.S. uma gravíssima afecção ocular, responsável pela perda da visão em 60 a 70% dos casos, o seu prognóstico melhorou, consideravelmente, com o tratamento precoce, pelos corticóides.

Aronson, Sussman, Moore, Williams e Goodner⁷ estudaram 9 casos de endoftalmite metastática. Em 7 deles fizeram uma avaliação imunológica que revelou, em 6, uma diminuição no teor da IgM ou da IgG. Todos os pacientes foram tratados com antibióticos por via local e sistêmica, 6 receberam, também, tratamento local com corticóides. A explicação dada pelos autores para a maior facilidade de propagação dos micróbios, em forma metastática, como ocorreu nos doentes observados, é a de que a incompetência imunológica que eles apresentavam tornou difícil o controle da infecção por parte do organismo, assim desfalcado de suas principais defesas — os anticorpos.

Wong, Anderson e McMaster⁸ conseguiram provocar, experimentalmente, inflamação uveal pela administração parenteral de soro de cavalo. Admitem ser a doença do soro, de forma experimental, um excelente mo-

delo comparativo para certas donças humanas presumivelmente determinadas por complexos imunitários. O mecanismo patogênico específico não foi, entretanto, esclarecido embora, eles, admitam que os fatos se passam exatamente como nas alterações vasculares provocadas pela anafilaxia.

Smolin e Hyndink⁹ relataram o resultado dos experimentos com o uso do soro antilinfocitário como possível supressor das reações imunobiológicas nos transplantes de córnea. O método foi usado em homotransplantes (coelho-coelho) e xenotransplantes (coelho-gato). Nos casos em que o doador foi previamente tratado com soro antilinfocitário a rejeição nos homotransplantes foi grandemente retardada. Nos xenotransplantes a rejeição foi a regra, como ocorre habitualmente.

Smolin¹⁰ registrou o primeiro caso de hipersensibilidade ao Medrisone, um fato aparentemente paradoxal, de vez que este corticóide é usado como uma substância antialérgica. A sensibilidade à droga foi posteriormente confirmada pelo teste intradérmico feito na paciente. O Medrisone é um corticóide sintético e tem, sobre todos os outros, a vantagem de não aumentar a pressão intraocular.

Aronson e McMaster¹¹, dando continuidade aos seus estudos sobre uveíte crônica experimental alérgica, publicaram os resultados obtidos em cobaia, coelho e macaco após imunização sistêmica com tecido homólogo, uveal e retiniano, associado ao adjuvante de Freund. A resposta inflamatória limitou-se, principalmente, à úvea, embora outras estruturas tenham sido, secundariamente envolvidas, como a retina e o nervo óptico.

Aronson e McMaster¹² conseguiram provocar uveíte alérgica em cobaias, que receberam por via intravenosa e intraperitoneal células de cobaias doadoras acometidas de uveíte. Provaram, assim, a possibilidade da transferência passiva dessa imunopatia.

Pavan-Langston e Geary¹³ demonstraram a ação inibitória dos esteróides sobre o sistema de defesa leucocitária, inoculando na câmara anterior de coelhos o "Mycoplasma pulmonis", que determinou uma resposta inflamatória da úvea, predominantemente linfocitária. A ação do esteróide foi avaliada clínica, microbiológica e histologicamente.

Fenômenos de rejeição em casos de heterotransplante experimental da córnea, do ponto de vista macroscópico e sorológico, foram descritos por Jordano¹⁴ que usou nas suas experiências um hetero enxerto lamelar de córnea bovina fresca (epitélio/estroma), em coelho. Nos 26 transplantes realizados, 23 foram rejeitados. Em todos eles esteve presente o chamado "anel imunológico", classicamente descrito em relação com os fenômenos de hipersensibilidade corneana, face a proteínas séricas heterólogas (fenômeno de Wessely). O anel imunológico materializa na córnea a precipitação de um complexo antígeno-anticorpo que termina pela necrose parcial do estroma receptor. Ele é visto entre o enxerto e o limbo, em plena córnea receptora.

Salado ¹⁵ abordou o tratamento pelos imunodepressores, em oftalmologia, citando entre eles os corticóides, os citotóxicos, o soro antilinfocitário e a irradiação total. Os corticóides atuariam limitando a chegada de mononucleares ao foco inflamatório. Para atuar como imunodepressores os corticóides terão de ser usados em altas doses. Os agentes citotóxicos são antimitóticos e lutam contra os processos imunitários, freando a atividade das células produtoras de anticorpos. Os mais usados são a mustarda nitrogenada, os antimetabólitos e os antifólicos. O soro antilinfocitário é o mais recente agente imunodepressor. Atua especificamente sobre os principais elementos formadores de anticorpos, que são os linfócitos. O autor chama a atenção para o fato de que, em oftalmologia, os imunodepressores vêm sendo pouco usados em virtude da sua alta toxicidade. Existem algumas observações do seu emprego em uveítes endógenas recidivantes, em casos de transplantes de córnea e na oftalmia simpática.

Rabinovitz ¹⁶ apresentou a análise de 1.500 casos de conjuntivite crônica, examinados do ponto de vista bacteriológico e terapêutico. O agente microbiano mais constante foi o estafilococo aureus. O autor mostrou-se de acordo com as experiências de Burke e Theodore a propósito do poder alergizante das toxinas estafilocócicas que determinam uma forma de conjuntivite crônica rebelde ao tratamento com corticóide, antihistamínicos, vasoconstrictores, adstringentes, etc. Ele obteve 90% de curas com o uso de antibióticos específicos, verificado pelo antibiograma, dessensibilização com toxóide estafilocócico ou vacinas (auto ou heterovacinas) e aplicações locais de solução de nitrato de prata a 0,5%.

x x x

Entre as causas determinantes das doenças iatrogênicas figura a hipersensibilidade medicamentosa em pacientes que haviam, previamente, usado a droga em causa. A capacidade de uma droga não proteica agir como hapteno e, dessa forma, sensibilizar o paciente, tem sido a causa de inúmeras doenças chamadas iatrogênicas, principalmente quando o medicamento vem sendo usado há muito tempo, como a pilocarpina, a atropina, a penicilina, etc. Em trabalho recente ¹⁷ fora anotadas, como alergenos entre outras, as seguintes drogas: penicilina, cloranfenicol, sulfanilamida, butazonas, etc. Acredita-se que, de uma forma ou de outra, qualquer medicamento é, potencialmente, capaz de determinar o aparecimento de estados alérgicos.

Saroux e Blamoutier ¹⁸ enfatizaram o papel da exploração alergológica na patologia corneana, chamando a atenção, inicialmente, para o fato de que toda afecção corneana não degenerativa, evoluindo há vários meses, deve ser considerada de origem alérgica, até prova em contrário. Admitem que o ponto de partida dos fenômenos alérgicos é um foco infeccioso extraocular (dentário, amigdaliano, intestinal, etc.). A partir desse foco a disseminação se faz por via hepática, podendo sensibilizar a córnea. O foco é, em geral, clinicamente inaparente. A sua supressão, clínica ou cirúrgica, determina a imediata regressão do processo patológico da córnea.

François¹⁹ ressaltou os importantes achados imunológicos nos casos de embriopatia rubeólica. Há, segundo ele demonstrou, um elevado nível de anticorpos contra o vírus da rubéola, no sangue do recém-nascido, persistindo até a primeira infância e, mesmo, em alguns casos, por toda a vida. Nas crianças normais, como se sabe, os anticorpos recebidos por via materna desaparecem depois do 6.º mês de vida extrauterina. Dessa forma, se a presença de anticorpos é negativa, antes dos seis meses de idade, certamente não houve infecção rubeólica intrauterina. Se o título é positivo (menor que 256) existem anticorpos transmitidos por via placentária e que desaparecerão depois do 6.º mês de idade. Se o título é positivo (maior que 512), existem anticorpos maternos (IgG) e anticorpos formados no próprio feto (IgM), como resposta à infecção que o atingiu. A presença de anticorpos específicos para a rubéola, após um ano de idade, é altamente sugestiva da embriopatia rubeólica.

x x x

Estudos experimentais em olhos de coelhos foram realizados no sentido de detectar as áreas de maior concentração de IgG. Sabendo-se do papel desempenhado pelos anticorpos nos estágios iniciais dos processos inflamatórios do olho, pareceu ser de interesse o levantamento topográfico dos anticorpos nos olhos normais. Geralmente a presença dessas imunoglobulinas no tecido ocular está na razão direta de sua vascularização. Exceção conforme ficou demonstrado, a córnea, que apesar de avascular contém um alto teor de imunoglobulina, e a retina e íris que, embora muito vascularizadas não possuem essas proteínas²⁰.

No feto portador de toxoplasmose congênita foi encontrada a presença de IgM²¹. Sabendo-se ser impossível a passagem, da mãe para o feto, dessa imunoglobulina, por causa da barreira placentária, a sua presença traduz a ocorrência de doença congênita e a formação "in loco" dos elementos de defesa.

x x x

Em virtude da alta toxicidade das drogas imunodepressoras usadas isoladamente, foram experimentadas doses reduzidas de duas dessas substâncias, usadas concomitantemente, uma reforçando a ação da outra. O uso das combinações (corticóide e azotioprina; corticóide e soro antilinfocitário), provou ser melhor tolerado e a resposta terapêutica mostrou-se animadora nos casos de rejeição dos enxertos de córnea²².

Henley e Leopold²³ fizeram uma oportuna revisão sobre "Imunoglobulinas, sua estrutura e sua importância na lágrima". O referido artigo traz uma contribuição excelente ao descrever sucintamente as cinco classes de imunoglobulinas, de acordo com a nomenclatura adotada no Congresso da Organização Mundial de Saúde reunido em Praga, em 1964. São elas a IgG, IgA, IgM, IgD e IgE. A IgG representa cerca de 80% dos anticorpos encontrados no soro dos adultos. É a única imunoglobulina transmitida por via

placentária. A IgA é encontrada em cerca de 10 a 20% do total das globulinas plasmáticas do adulto. É encontrada na lágrima, na saliva, na mucosa nasal, etc. Na lágrima a IgA é o mais importante anticorpo, ao contrário do que se pensava, até então, quando se concedia à lisozima o principal papel de proteção contra os agentes infecciosos que chegam ao saco conjuntival. A IgM não é transmitida por via placentária, por isso a sua presença é quase inexistente na criança. Se o recém-nascido apresentar um alto teor de IgM isto significa que houve infecção intrauterina (toxoplasmose, rubéola). A IgD é encontrada em, apenas, 1% da concentração total de imunoglobulinas do soro. As suas propriedades biológicas são pouco conhecidas. A IgE está ligada ao mecanismo de liberação de histamina. Faz parte do sistema imunitário das mucosas. Quando presente na lágrima significa que há um processo alérgico em curso, no olho.

Richardson²⁴ fez uma excelente revisão sobre "Farmacologia e fisiologia da inflamação". O artigo trata, de forma concisa e clara, dos fundamentos da moderna fisiopatologia e dos avanços no campo da farmacologia dos processos inflamatórios do olho. O autor recorda que a inflamação é um mecanismo de defesa que se segue à introdução, no organismo, de uma molécula estranha ou de um micróbio. A defesa pode ser "inespecífica", fato este geneticamente determinado, constituindo a chamada "imunidade inespecífica" ou "resistência". Pode ser "específica", que é uma imunidade adquirida, em resposta a estímulos antigênicos, com formação de anticorpos. Esta imunidade adquirida é um privilégio dos animais que possuem o sistema linfático completamente desenvolvido, como os vertebrados. Há 3 fases bem individualizadas na evolução do processo inflamatório: a fase "imediate", com a duração de poucas horas e caracterizada pela liberação de histamina, vasodilatação, etc. A fase "intermediária", quando ocorre o fenômeno da quimiotaxia e da diapedese de leucócitos polifonucleares e mononucleares, liberação de enzimas proteolíticas, etc. E a fase "crônica" ou "recorrente", no caso de persistirem os estímulos irritantes. Nesta fase o processo inflamatório tende a se tornar limitado, focal, e as células passam a se multiplicar por mitose, não havendo mais a chegada de células vindas da circulação (poli e mononucleares). Predominam os linfócitos que são responsáveis pela síntese dos anticorpos específicos (imunoglobulinas). É precisamente nesta terceira fase que os corticóides desempenham o papel mais importante, na terapêutica, bem como as substâncias imunodepressoras. Chamo a atenção dos colegas para a leitura, na íntegra, deste importante trabalho de Richardson.

Foi publicada, em 1971, uma importante e oportuna monografia sobre os linfócitos²⁵. Como se sabe, os linfócitos tomam parte ativa em várias reações imunológicas, como na hipersensibilidade tardia, na rejeição de transplantes, na reação enxerto-versos-hospedeiro, etc. Além disto é conhecido o seu desempenho na síntese das imunoglobulinas. Desta forma, o estudo dos linfócitos deve interessar não somente ao hematologista mas, também, ao clínico, ao alergista, ao oftalmologista e a vários outros ramos da medicina. O referido livro apresenta um capítulo dedicado ao emprego das substâncias

imunodepressoras que atuam no campo específico dos linfócitos (soro antilinfocitário).

x x x

No capítulo dedicado à conjuntiva e do qual se encarregou Hilton Rocha²⁶, dentro do Tema Oficial "Crioterapia em oftalmologia (Crio-oftalmologia)", apresentado ao XVI Congresso Brasileiro de Oftalmologia, o autor registra a sua experiência em casos de conjuntivite primaveril ("doença crônica, alérgica, estacional, cíclica e rebelde", como ele a descreveu), tratados pela congelação. Disse o relator que "a nossa experiência com a conjuntivite primaveril é satisfatória, em ambas as formas (palpebral e límbica). A congelação deve cobrir a conjuntiva da pálpebra superior atingida, bem como a peri-córnea comprometida". Conclui dizendo que "o alívio sintomático é a regra".

A propósito da síndrome de Debré-Lamy-Lyell²⁷ são feitas considerações de ordem clínica, sendo lembrado que a sua maior prevalência é em crianças. A causa mais frequente é uma intolerância medicamentosa (reação alérgica). O olho é o órgão mais duramente atingido pela doença que evolui em duas fases: uma aguda, com conjuntivite e ceratite ulcerosa e outra caracterizada pelas sequelas cicatriciais (simbléfaro, manchas da córnea, xerose e redução da acuidade visual).

Saraux²⁶ comentando o trabalho descrito acima lembra que a síndrome de Debré-Lamy-Lyell se caracteriza pela presença de flictenas gigantes nas mãos e nos pés, lembrando as queimaduras com água fervente. A doença é extremamente grave, por vezes mortal. Acha, também, que a causa mais frequente é a alergia medicamentosa. Diferencia-se da síndrome de Stevens-Johnson porque, nesta, a erupção é mais acentuada nas mucosas (estomatite, balanite ou vaginite e conjuntivite e falsas membranas).

Massin e Fischer²⁹ teceram considerações sobre 11 casos de ceratoconjuntivite alérgica. Eram todos eles de longa duração, entre 1 a 3 anos em média. Em 8 dos 11 casos havia uma infiltração nodular parenquimatosa da córnea de localização justa-límbica. Em 3 casos a lesão da córnea era exclusivamente epitelial. O diagnóstico de alergia foi firmado após a pesquisa de focos de infecção, (O.R.L. dentários e gengivais, e presença de colite crônica), bem como a história de fenômenos alérgicos associados, como urticária, rinite crônica, edema de Quincke. Foram feitos testes cutâneos para estafilococos estreptococos, fungos, pneumo-alergenos e vírus do herpes. A enquête alergológica deu o seguinte resultado: 6 doentes sensíveis ao estreptococo, 4 ao estafilococo e 1 a esses dois micróbios.

Certas formas de hemorragias maculares foram encontradas em 5 pacientes portadores de alergia estreptocócica³⁰. Foram estudados o aspecto anatomo-clínico das hemorragias maculares, sua evolução e sua terapêutica. Foram pesquisados focos de infecção (dentes, amídalas, seios da face, etc.). Nas 5 observações havia uma acentuada hipersensibilidade para o estreptococo, evidenciada nos testes intradérmicos.

Algan, Fau e Bourgaux ³¹ falando sobre as segmentites anteriores chamaram a atenção para a sua conotação com a alergia. Nos 150 casos observados a etiologia alérgica foi precisada com certeza em 120. Foram realizados os seguintes testes: pneumo-alergenicos, fungos, candida albicans, estafilococos, estreptococos, pneumococos, Mantoux e B.C.G. O maior número de reações foi obtido para o estreptococo, seguido do Mantoux. Os autores afirmam que, de acordo com os exames realizados, os casos de segmentite anterior reconhecem como causa etiológica um processo alérgico.

x x x

Na apresentação do "Rapport" à Sociedade Francesa de Oftalmologia, em 1970, um dos mais sérios e documentados trabalhos sobre as uveítes, um dos seus relatores — Campinchi — traduzindo a perplexidade dos seus colegas, formulou duas perguntas. Disse ele: "Comparando as diferentes estatísticas etiológicas é possível fazer-se um diagnóstico etiológico das uveítes? Podemos estar satisfeitos com o atual tratamento das uveítes, quase estereotipado?" Dois anos são passados desde que estas duas indagações foram lançadas diante do mundo oftalmológico. Já temos a resposta para elas? Mudou, de alguma forma, o panorama das uveítes ou, machadianamente, apenas mudamos nós?

Hilton Rocha e Paulo Galvão ³² traduziram em palavras candentes "a inconsistência das definições e a instabilidade dos conceitos". Foram mais além a propósito das uveítes. Disseram que "multiplicam-se os exames alonga-se a anamnese, puncciona-se a câmara anterior, e caminhamos pouco. E os degraus de acesso têm-nos proporcionado maior altitude para a queda". Entretanto, esperamos todos nós que, ainda nesta década, esses degraus de que nos falam Hilton e Paulo, não serão mais instrumentos de ascensão e de queda, mas o caminho que nos há de levar somente para o alto, para os azuis da verdade, em busca do infinito, ao encontro das estrelas.

3 de março de 1972.

Semana de Atualização "Sylvio Abreu Fialho".

Associação dos Ex-Residentes e Estagiários do Hospital São Geraldo — Belo Horizonte.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — KIELAR, R. A.; CANNINGHAM, G. C. e GERSON, L. — Herpes zoster and immunologic deficiency - Am. J. Ophth. 72:555, 1971.
- 2 — BRAUNINGER, G. E. e CIENTIFANTO, Y. M. — Immunoglobulin E in tears. Am. J. Ophth. 72:558, 1971.
- 3 — OCAMPO, G.; SULIT, H.; MONTALBO, A. e MADRASO, E. — The immunological approach to the treatment of retinoblastoma - XXI Congresso Oftalmológico Internacional. Excerpta Medica. Vol. II:1217, 1971.
- 4 — WONG, V. G.; ANDERSON, R. e O'BRIEN, P. — Sympathetic ophthalmia and lymphocyte transformation. Am. J. Ophth. 72:960, 1971.

- 5 — STEIN, M. R. e PARKER, C. W. — Reactions following intravenous fluorescein. *Am. J. Ophth.* 72:861, 1971.
- 8 — BRAUNINGER, G. E. e POLACK, F. M. — Sympathetic ophthalmitis — *Am. J. Ophth.* 72:967, 1971.
- 7 — ARONSON, S. B.; SUSSMAN, S. J.; MOORE JR. T. E.; WILLIAMS, F. C. e GOODNER, E. K. — Corticosteroid therapy in metastatic endophthalmitis. — *Arch. Ophthal.* 85:61, 1971.
- 8 — WONG, V. G.; ANDERSON, R. R. e McMASTER, P. R. B. — Endogenous immune uveitis. *Arch. Ophthal.* 85:93, 1971.
- 9 — SMOLIN, G. e HYNDINK, R. A. — Suppression of corneal graft reaction by antilymphocyte serum — *Arch. Ophthal.* 85:451, 1971.
- 10 — SMOLIN, G. — Medrysone hypersensitivity — *Arch. Ophthal.* 85:478, 1971.
- 11 — ARONSON, S. B. e McMASTER, P. R. B. — Chronic experimental allergic uveitis. *Arch. Ophthal.* 86:438, 1971.
- 12 — ARONSON, S. B. e McMASTER, P. R. B. — Passive transfer of experimental allergic uveitis — *Arch. Ophthal.* 86:557, 1971.
- 13 — PAVAN-LANGSTON, D. e GEARY, P. A. — Steroid inhibition of Leucocyte defense system in Mycoplasmal uveitis — *Arch. Ophthal.* 86:575, 1971.
- 14 — JORDANO, J. — Fenomeno de rechazo frente a un modelo experimental de heteroinjerto de cornea — *Arch. Soc. Esp. Oftal.* 31:59, 1971.
- 15 — SALADO, F. — Inmunodepressores en oftalmologia — *Arch. Soc. Esp. Oftal.* 31:243, 1971.
- 16 — RABINOVITZ, E. — Analisis del resultado del tratamiento de 1.500 casos de conjuntivite cronica — XXI Cong. Oftal. Excerpta Medica — Vol. II:1251, 1971.
- 17 — TADROS, M. A.; EL-GINDY.; EL-SHERBINY, A. A.; GHALEB, H. A.; BARSOUM, R. S. e KAUFMAN, H. — Increasing problems ensuing from iatrogenic diseases in ophthalmology — XXI Cong. Int. Oftal. Excerpta Medica. II:1278, 1971.
- 18 — SARAUX, H. e BLAMOUTIER, J. — Role de l'exploration allergologique en pathologie cornéenne — XXI Cong. Int. Oftal. Excerpta Medica. II:1814, 1971.
- 19 — FRANÇOIS, J. — Embriopathies. Aetiology and symptomatology — XXI Cong. Int. Oftal. I:157, 1971.
- 20 — ALLANSMITH, M.; NEWMAN, L. e WHITNEY, C. — The distribution of immunoglobulin in the rabbit eye — *Arch. Ophthal.* 86:60, 1971.
- 21 — SCHLAEGEL, T. F. — The uvea — *Arch. Ophthal.* 85:624, 1971.
- 22 — LAIBSON, P. R. — Cornea and sclera — *Arch. Ophthal.* 85:738, 1971.
- 23 — HENLEY, W. L. e LEOPOLD, I. H. — Immunoglobulins: their structure and importance in tears — *The Year Book of Ophthalmology.* 319, 1971.
- 24 — RICHARDSON, K. T. — Pharmacology and pathophysiology of inflammation. *Arch. Ophthal.* 86:706, 1971.
- 25 — ASTALDI, G. e LISIEWICZ, J. — Lymphocytes: structure, production, functions. Publisher Idelson, Naples, Italy 1971.
- 26 — ROCHA H.; BARSANTE, C.; GALVAO, P.; QUEIROZ, E.; QUEIROZ, J. e SOARES, E. — Crioterapia em oftalmologia (crio-oftalmologia). *Anais do XVI Cong. Bras. Oftal.* Vol. II - Campinas, São Paulo, 1971.

- 27 — REICH, H. e JUNEMANN, G. — Le syndrome de Debré-Lamy-Lyell. — Bulletins et Memoires de la Societé Française d'Ophthalmologie. 409-Masson & Cie. Paris 1971.
- 28 — SARAUX, H. — Comentários ao trabalho de Reich e Junemann (27).
- 29 — MASSIN, M. e FISCHER, M. — Considerations sur les kerato-conjonctivites allergiques — Bulletins et Memoires de la Societé Française d'Ophtalmologie. 411-Masson & Cie. Paris, 1971.
- 30 — HAMARD, H.; BLAMOUTIER, J.; MONDON, H. e BRÉGEAT, P. — Hemorragies maculaires et allergie streptococique — Bulletins et Memoires de la Societé Française d'Ophtalmologie. 88.Masson & Cie. Paris, 1971.
- 31 — ALGAN, B.; FAU, J. e BOURGAUX, P. — Interet clinique et consequences therapeutiques du bilan allergologique dans les segmentites anterieures — Bulletins et Memoires de la Societé Française d'Ophtalmologie. 102.Masson & Cie. Paris, 1971.
- 32 — ROCHA, H. e GALVÃO, P. — Olho, reumatismo e auto-agressão. Livro Jubilar do Prof. Ivo Corrêa Meyer. — MCMLXIX. 165. Editor Responsável: Prof. Luís A. Osório. Porto Alegre, R. G. do Sul.