

## REVISTA DAS REVISTAS

### O FUNDO DE OLHO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL — O Hospital, vol. XXVII, n.º 1.

1. — As alterações do fundo de olho na hipertensão arterial podem ser agrupadas em dois quadros distintos: a) Neuroretinopatia hipertensiva que compreende angioespasmo, papiledema, manchas em flocos de algodão e hemorragias de retina. b) Retinopatia arteriosclerótica com alterações vasculares indicando arterioesclerose, hemorragias e manchas brancas da retina.

A neuroretinopatia hipertensiva é observada nas formas agudas ou crônicas de hipertensão; e retinopatia arteriosclerótica só nas hipertensões crônicas. Nem todos os casos de hipertensão alteram o fundo de olho.

2. — A presença de retinopatia arteriosclerótica faz com absoluta segurança, o diagnóstico de hipertensão crônica da grande circulação.

3. — Não é possível a distinção dos tipos de hipertensão pelas alterações do fundo de olho; mas o quadro oftalmoscópico juntamente com outros sinais semiológicos orienta melhor o raciocínio clínico e facilita o diagnóstico diferencial.

4. — O exame oftalmoscópico é de valia para a prognóstico. A ausência de perturbação de fundo de olho dá bom prognóstico imediato, nas formas agudas da hipertensão, e bom prognóstico tardio nas formas crônicas de hipertensão. A presença de retinopatia arteriosclerótica isolada indica hipertensão evoluida, mas de bom prognóstico imediato enquanto permanece como tal; a associação de uma neuroretinopatia hipertensiva agrava o prognóstico das formas crônicas. O edema da papila é o sinal oftalmoscópico de mais grave significado prognóstico.

5. — O exame oftalmoscópico constitui meio orientador dos mais seguros na escolha dos casos de hipertensão essencial, susceptíveis de serem beneficiados pelo tratamento cirúrgico da mesma.

Luiz Carlos de Barros.

### OPTIMUM DOSE OF SULFADIAZINE IN TREATMENT OF PNEUMOCOCCIC PNEUMONIA — Morris F. Collen, M. D., and Edward Phillips, M. D. — Archives of Internal Medicine, vol. 76, July 1945.

Nesse artigo os autores focalizam a questão das doses altas de sulfadiazina em relação às doses usuais, no tratamento da pneumonia pneumocócica.

A dose usual por eles considerada é a seguinte: — Dose inicial de 4 a 5 Gr. e uma dose de manutenção de 1 Gr. cada 4 horas ou 2 Gr. cada 6 horas (está demonstrado que por ser a sulfadiazina lentamente excretada, uma dose proporcionalmente maior em cada 6 horas é tão efetiva quanto uma dose de 4 em 4 horas).

Quanto à via de administração, si algum tempo atrás usava-se a via endovenosa só quando os pacientes estivessem em estado crítico ou não pudessem tomá-la por boca, atualmente tem sido recomendada a administração de 5 Gr. de sulfadiazina sódica intravenosamente logo que o diagnóstico de pneumonia pneumocócica tenha sido feito.

A concentração de sulfadiazina no sangue com as doses usuais varia de 5 a 10 mg. por 100 cc. Entretanto, tem sido recomendado que o nível sanguíneo seja mantido entre 8 a 12,8 a 15, ou 8 a 10 mg., não menos de 10 mg. nos pacientes moderadamente doentes e entre 15 a 20 mg. nos severamente doentes.

Depois dessas considerações os autores citam diversos trabalhos nos quais se compara a ação da sulfadiazina em doses diversas na pneumonia pneumocócica.

Assim, Dowling comparou as doses usuais (4 a 5 Gr. inicialmente e 1 Gr. cada 4 horas) com as doses baixas (2 Gr. inicialmente e 0,5 Gr. cada 4 hs.), chegando à conclusão de que as últimas são menos eficientes, dando 50 por cento a mais de complicações.

Fritsch, Price e Myers empregaram a dose dupla da dose de rotina em casos classificados como severamente doentes, obtendo como resultado uma taxa de mortalidade de 9 por cento somente. Aconselham a se administrar grandes doses de sulfadiazina, quando a contagem de germens no es-carro exceder de 50 por campo.

Depois dessas citações, os autores entram propriamente no seu trabalho que constituiu em se comparar a ação das doses usuais de sulfadiazina com a ação das doses duplas. Assim, num período de 20 meses 1.465 pacientes com pneumonia pneumocócica foram tratados no "Permanent Foundation Hospital". Na primeira metade deste período 618 pacientes consecutivos foram tratados com as doses usuais de sulfadiazina, isto é, 5 Gr. inicialmente e 2 Gr. cada 6 horas, mantendo-se um nível sanguíneo médio de 8 a 10 mg. por 100 cc. Na segunda metade deste período 748 pacientes consecutivos foram tratados com doses duplas de sulfadiazina. A maioria dos pacientes do grupo que recebeu dose dupla recebeu inicialmente 5 Gr. de sulfadiazina sódica em 500 cc. de solução de lactato de sódio M/6 (pH de 7 a 7,2) por via endovenosa, seguidas depois por 4 Gr. de sulfadiazina oralmente cada 6 horas, mantendo-se uma média de concentração sanguínea entre 12 a 20 mg. por 100 cc.

Foi feita uma análise comparativa dos vários e importantes fatores que influenciam sobre a taxa de mortalidade na pneumonia pneumocócica, com especial referência à idade, tipos específicos de pneumococos, incidência de bacteremia, leucopenia, severidade das doenças associadas, número de lobos comprometidos, número de dias da moléstia antes da hospitalização e incidência de pacientes admitidos que morreram algumas horas depois. Não foi possível, como é fácil de se compreender, organizar os dois grupos de doentes em condições rigorosamente idênticas. Assim, o grupo que recebeu doses duplas (grupo B) jogou com certas desvantagens, pois houve nele uma maior incidência de casos com comprometimento múltiplo dos lobos. Houve também, em relação ao outro grupo um maior número de pacientes com já alguns dias de doença antes da hospitalização. E ain-

da mais: no grupo B (de doses duplas) houve um maior numero de pacientes que já estavam em estados terminais, sem probabilidade nenhuma de cura. Pois apesar de tudo isto o tratamento dos pacientes do grupo de dose dupla, em relação ao grupo que recebeu as doses usuais, resultou em: — 1.º Decrescimo da mortalidade de 10,7% (grupo A) para 6,2% (grupo B). Agora, si se fizer a correção para os casos dos pacientes que tinham entrado no hospital com apenas algumas horas de vida, a relação tornar-se-á maior, isto é, a mortalidade será de 10,2 para o grupo A e 5,5 para o grupo B. 2.º Decrescimento na incidência de derrames pleurais estereis de 5,2 (grupo A) para 2,7 (grupo B). 3.º Decrescimo no numero de dias de hospitalização necessários para a cura. Assim, no grupo A tiveram alta dentro de 7 dias somente 45 por cento dos pacientes, ao passo que no grupo B essa cifra elevou-se a 66 por cento. Quanto à intoxicação pela sulfadiazina, não houve maior incidência no grupo B quando comparado com o grupo A.

Conclusões: — Um estudo de 2 grandes grupos de pacientes com pneumonia pneumococica de severidade mais ou menos identica, recebendo um a dose dupla do outro, resultou em grande decrescimo na taxa de mortalidade, na diminuição do numero de dias de hospitalização, sem nenhuma notável diferença na toxidês da droga. Para os pacientes severamente doentes doses suficientemente grandes de sulfadiazina devem ser administradas de modo a manter concentrações sanguineas com o mínimo de 15 mg. e o ótimo ao redor de 20 mg. por 100 cc.

Dirceu Doretto

## TRATAMENTO DA SIFILIS NERVOSA

Medicina Cirurgia e Farmacia — n.º 106-107 — Fevereiro e março de 1945.

A dificuldade básica que se encontra no tratamento da Neurosifilis adiantada e a explicação da falta de resposta terapeutica, residem na dificuldade de atingir as celulas nervosas profundamente colocadas. Os resultados são relativamente favoraveis na Sifilis Meningo-vascular que é uma condição sifilitica mesenquimal.

Mas, a paralisia geral, tabes, neurite optica, paraplegia espinhal espastica, que, por serem desordens parenquimatosas, degenerativas, não modificam o curso evolutivo pelo tratamento.

### I — Piretoterapia

Após traçar ligeiro histórico, o A. acha que as principais indicações da malarioterapia, como de outros processos piretoterapicos, tem seu ambito mais propicio na paralisia geral e nas varias formas de meningoencefalite de origem sifilitica. Na tabes, os resultados não são animadores e na sifilis vascular do cerebro e da medula, a maioria dos autores contraindicam este processo, porque pode acarretar desordens focaes de prognosticos sombrios. Acredita o A. que a malaria, conquanto constitua o unico recurso decisivo no tratamento da sifilis parenquimatosa, por si só não é suficiente, porque ela terciarisa a sifilis parenquimatosa (daí, o aparecimento de gomas no neuroeixo e nos tegumentos), onde a quimioterapia ar-