

FIBROPLASIA RETRO-CRISTALÍNICA

OCTAVIO DREUX

Médico do Instituto dos Marítimos (Rio)

A atenção dos médicos norte-americanos, principalmente pediatras e oftalmologistas, está sendo dirigida para os numerosos casos de Fibroplasia Retro-Cristalínica (FRC) que vêm sendo verificados no seu país. Essa novel entidade que acomete o recém-nascido prematuro, era praticamente desconhecida até 1942, quando começou a aparecer. Dessa data em diante tornou-se freqüente, coincidindo com o uso em larga escala das "incubadoras".

Definição

AP 3180
Caracteriza-se a FRC por formações membranosas de tecido cicatricial, fibroso e opaco, que se desenvolvem no interior do globo ocular, atrás do cristalino, às vêzes com desprendimento da retina em sua base. Tais lesões interceptam os feixes luminosos. A FRC sóe aparecer entre a 4.^a e a 6.^a semanas após o nascimento e começa por dilatação dos pequenos vasos retinianos; sobrevêm então pequenas hemorragias locais com posterior formação de tecido cicatricial. Até a fase de hemorragia o mal pode retroceder, mas, uma vez desenvolvido o tecido cicatricial, o processo torna-se irreversível causando a cegueira parcial ou total definitiva. Centenas de crianças prematuras que nascem em cada ano são atingidas por essa tragédia nos Estados Unidos.

Etiologia

Os inúmeros trabalhos publicados sôbre a FRC, causadora da cegueira infantil, refletem o estado de preocupação dos médicos e

pesquisadores americanos. Conquanto ainda se ignore a verdadeira etiologia dêsse mal, está confirmado que a FRC é propiciada pela ausência de contrôlo rigoroso da atmosfera dentro das incubadoras, constituindo perigo as mudanças bruscas do grau de concentração de O₂ bem como o uso de concentrações de O₂ acima de 40 %.

Para interêsse dos pediatras e puericultores brasileiros, são êstes, em resumo, os informes relativos à FRC felizmente raríssima no nosso país.

Considerações sôbre o problema

A importância do oxigênio, quer em terapêutica inalatória, quer em anestesiologia, nos induz a emitir algumas considerações teóricas sôbre o assunto.

A causa de FRC talvez não dependa exclusivamente do excesso ou da escassez relativa de O₂ inalado dentro das incubadoras. Certos fatos nos levam a supor a existência de outras condições capazes de propiciarem o aparecimento dessa afecção.

Os olhos dos prematuros, como os seus demais órgãos, não estão completamente desenvolvidos; todo o aparelho visual, sem constituir exceção, também é provido de vasos, nervos e glândulas; a retina é de estrutura semelhante a do encéfalo; o O₂ inalado dirige-se equitativamente a todos os recantos do organismo. Por que motivo a ação agressiva do O₂ em altas concentrações, só se evidencia no globo ocular e não em outras partes do sistema nervoso ou do aparelho circulatório do prematuro? Isto leva a crer que os olhos dos prematuros sofrem a ação de outro agente, além do O₂ em excesso, pois entre várias estruturas orgânicas semelhantes, a do aparelho visual é a única que através de seus meios transparentes, expõe suas formações nervosas e vasculares diretamente à ação dos raios luminosos. A excitação luminosa associada ao excesso de O₂ circulante agiria agressivamente irritando os pontos vulneráveis ou mais sensíveis do retro-cristalino dos prematuros, até lesá-los.

Dentro dêsse ponto de vista, poderíamos acrescentar ao lado de muitas outras já formuladas, mais essa hipótese de que a luz deve desempenhar papel coadjuvante no desencadeamento da FRC, por ser o único agente físico que age diretamente sôbre a intimi-

dade de um tecido nervoso imaturo, o qual ainda sob a influência do excesso ou da escassez relativa de O₂, reagiria apresentando as lesões iniciais de fibroplasia.

De outro lado, nossa atenção volta-se para os pequenos vasos retinianos onde o processo se localiza, começando por dilatação dos mesmos, seguida de hemorragia. A parede capilar seria a parte sensível à ação dos dois agentes combinados: luz e excesso de O₂. Exames histopatológicos de peças retiradas de animais submetidos a experiências, poderiam aliás esclarecer se as partes do retro-cristalino não atingidas pelos raios de luz, estão livres de alterações típicas.

Conclusões

Pelo exposto acima e a título de contribuição ao estudo, sugerimos que os prematuros normais e os casos incipientes de FRC fôssem tratados experimentalmente, sem receios de quaisquer outros riscos além dos já existentes, da seguinte maneira:

1) Uso de incubadoras rigorosamente de acôrdo com as concentrações de O₂ e com as técnicas recomendadas pelas autoridades no assunto.

2) Permanência das incubadoras em câmara escura ou uso de qualquer outro dispositivo equivalente que impeça a incidência de luz sôbre os olhos dos pacientes.

3) Aplicação simultânea de doses ótimas de drogas protetoras da integridade fisiológica da parede capilar, como por exemplo rutina e vitamina C.

Referências bibliográficas

- 1) Retrolental Fibroplasia — *Szewczyk, T. S.* — "Am. J. Opth.", 35:301, (March) 1952.
- 2) Retrolental Fibroplasia: A Survey — *Zacharias, L.* — "Am. J. Opth.", 35:1526, (Oct.) 1952.
- 3) Retrolental Fibroplasia — *Letourneau, C.* — "Hospitals", vol. 28, (Ago.) 1954.
- 4) Fibroplasia Retro-Cristalínica — "Sel. Oxigenoterapia", Ano II, n.º 8, (Ago.) 1954.

- 5) Prematurity and Blindness: The Relationship of Oxygen Therapy to Retrolental Fibroplasia — *Hoeck, L. E.* — "Postgrad. M.", 16:124, (Aug.) 1954.
- 6) Retrolental Fibroplasia — *Fletcher, M. C.* — "J. Pediat." (St. Louis), 43:499, (Nov.) 1953.
- 7) Retrolental Fibroplasia and Oxygen Therapy — *Lannan, J. T.* — "J. A. M. A.", 155:223, (May 15) 1954.
- 8) Role of Oxygen in the Genesis of Retrolental Fibroplasia — *Ashton, N.* et al. — "Brit. J. Ophth.", 37:513, 1953.

As referências de ns. 1 a 3 foram tiradas de "Seleções de Oxigenoterapia", publicação editada por S. A. White Martins, Rio, respectivamente n.º 4, Ano I (Abril 1953); n.º 1, Ano II (Jan. 1954) e n.º 1, Ano III (Jan. 1955).

Cal Sodada "Walka"

(Soda Lime)

- Alta capacidade de absorção.
- Dureza elevada.
- Grande resistência ao esfarelamento.
- Granulação uniforme e estandarização 4-8, 8-18 mesh.
- Indicador sensível.
- Acondicionada em latas hermeticamente fechadas de 3 e 3,5 Kgs.

UM PRODUTO GENUINAMENTE NACIONAL

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:

IMPORTADORA MÉDICO HOSPITALAR SUL LTDA.

Av. Alberto Bins, 302 — Pôrto Alegre - R. G. S.

MATERIAL CIRÚRGICO, HOSPITALAR E LABORATÓRIO.

em hipertensão... e

doenças vasculares periféricas

BROMETO DE BISTRIMUM

Brometo de Hexametônio Squibb

**agente bloqueador ganglionar
de grande atividade**

Bistrimum é o brometo de hexametônio (C6), eficaz agente ganglioplégico. Mediante o bloqueio dos impulsos para os nervos simpáticos vasoconstritores, Bistrimum produz hipotensão e um aumento da irrigação sanguínea, principalmente nas extremidades inferiores. Deve ser administrado por via parenteral. É apresentado em frascos de 10 cm³

SQUIBB

"BISTRIMUM" É UM NOME REGISTRADO POR E. R. SQUIBB & SONS

2.254





NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

DOLCSONA

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:

metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente aliva nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampolas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

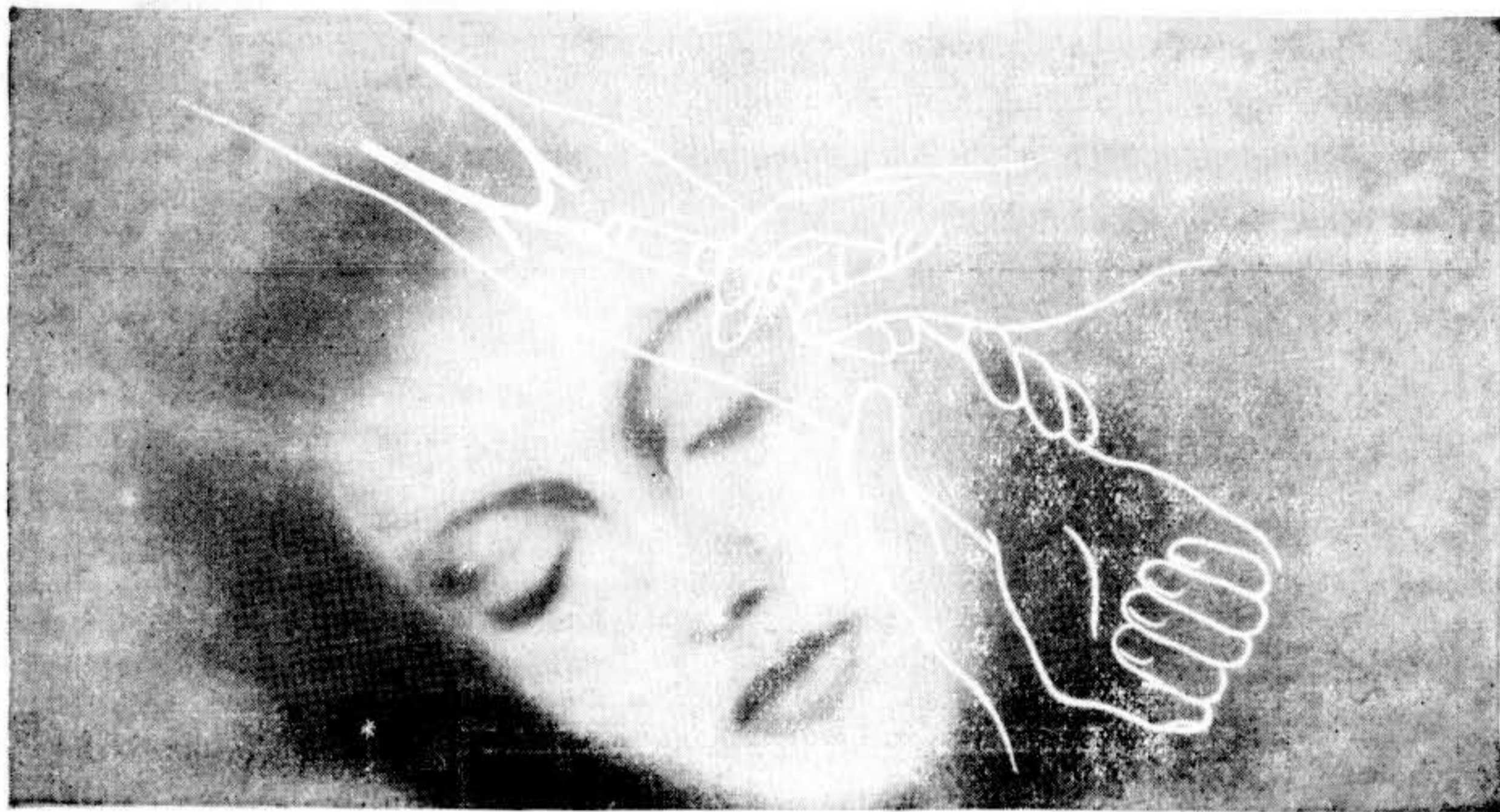
Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA



DOLCSONA



ANESTESIA ENDOVENOSA

com

KEMITHAL

(Tialbarbitona Sódica)

- indução suave e rápida.
- complicações, tais como espirros, tosse, laringospasmo, excitação e tremores, são raras.
- o despertar é rápido e não se observam inconvenientes post-anestésicos.

(*Lancet*, 1946, 1, 768)

Ampolas de 1 g e 2 g, acompanhadas de
ampolas de água bidestilada.



**COMPANHIA IMPERIAL DE INDÚSTRIAS
QUÍMICAS DO BRASIL**

Rio de Janeiro - S. Paulo - P. Alegre - Bahia - Recife