

SECCO EICHENBERG

Catedrático Interino Substituto da 2.^a cad. Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.
Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Chefe de Clínica da enfermaria "Prof. Guerra Blessmann" — 18.^a, da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Médico-Chefe da "Protectora"-Companhia de Seguros contra Accidentes do Trabalho — Porto Alegre.

AS DERMOS E EPIDERMATOMICOSSES EM CIRURGIA

Separata de Medicina e Cirurgia
Revista da Diretoria de Saúde Pública
de Porto Alegre
Ano 7 - Setembro a Dezembro 1945 - N. 3, Tomo 7



09-12/1945-MED-CIRURGIA-'DERMO E EPIDERMATOMICOSSES EM CIRURGIA'

Livraria Continente
Porto Alegre
— 1946 —

As dermo e epidermatomicoses em cirurgia

por SECCO EICHENBERG

Catedrático interino substituto da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

Docente Livre de Clínica Cirúrgica.

Chefe de Clínica da enfermaria "Prof. Guerra Blessmann", 18.^a da Santa Casa de Misericórdia de P. Alegre.

Médico Chefe da Protectora — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho — Pôrto Alegre.

E' com relativa frequência, que podemos observar nos ferimentos, úlceras e outras lesões, localizadas especialmente nos membros inferiores, a interferencia de um elemento infestante secundário, que invariavelmente retarda a cicatrização, levando à cronicidade da lesão.

Trata-se no caso vertente, da contaminação secundaria pelos esporos de varios tipos de micoses banaes, e não raramente, saprofitas até ao momento da instalação da lesão.

Si não levarmos em conta este fator, veremos o caso clínico se eternisar no serviço cirúrgico, com surtos de melhora, ao ser tentada uma nova medicação, mas logo seguidos de uma regressão do processo cicatricial, caracterisando uma verdadeira piora.

É que a medicação empregada deixou de atender a este fator secundário, mas impertinente e rebelde.

A mais frequente localização destas complicações, reside, fóra de dúvida, nas lesões traumáticas ou outras, do membro inferior, dado á uma fonte proxima, as epidermato e dermatofitoses dos pés, localizadas preferencialmente ao nível dos sulcos interdigitais, especialmente dos últimos artelhos.

A falta de medidas higienicas comuns, a falta de cuidado nos curativos, especialmente quando o próprio paciente os executa, a simples proximidade da fonte infestante, focos latentes na sede da localização da lesão, são os elementos favorecedores da instalação da complicação micotica.

Nos membros superiores, ele é menos frequente, pois estes são menos expostos a estas

infestações, mas mesmo assim, o elemento micotico, pôde ser facilmente transplantado do membro inferior, pelos dedos, que exploram e entram em contato com as lesões micoticas do membro inferior.

No resto do organismo, diminue a possibilidade da transmissão direta, como acima aludimos, mas mesmo assim o ato de coçar com as unhas contaminadas, poderá favorecer a transplantação do elemento micotico. No entanto entram com maior frequencia em linha de conta, as fontes de contaminação exogena, às vezes do próprio vestuario.

Nos serviços hospitalares e de ambulatório, a menor falta de cuidado nos curativos, pode com facilidade redundar em uma contaminação micotica.

Mas o aspecto casearroso de um membro, ou de uma solução de continuidade nele situada, apesar dos cuidados efetivos nos curativos, nos demonstra que devemos cuidar também de combater, dentro do tratamento preconizado, este elemento infestante.

Sem a eliminação segura desse fator, todas as curas serão aparentes e temporárias.

A infestação dermatofítica das extremidades, em primeiro lugar causada pelo epidermofito flocozo, o causante mór da epidermatofitose, pode também reconhecer como causa e agente, o tricofito (intertrigos dermatoficos) (1).

As epidermatofitoses dos pés são as mais frequentes e comuns, sendo de disseminação generalizada, pois tem sido encontradas em 20 até 90% das pessoas, nas quais tem sido

pesquisadas. A percentagem varia de país a país, especialmente com o clima.

Parece haver um certo gráu de predisposição pessoal, determinado por uma maior sudação ao nível dos pés; o calor, a maceração dos tecidos moles, tanto pelo calçado (que uma vez infestado, o continua sempre, constituindo pois, mesmo após longo desuso, elemento perigoso), como pelo excesso de cuidados higienicos que maceram a pele, são elementos predisponentes e coadjuvantes.

O tricofito mentagrafitos e o rubrum são os agentes habituaes do intertrigo dermatofítico das pequenas pregas dos pés, num processo descamativo, mas que às vezes pode tornar-se inflamatório (pela infecção secundaria, devida ao estafilo ou estreptococo). Este processo dermatofítico corresponde à afecção que os anglo-saxões chamam de "athlete's foot"; é a "frieira" de nosso vulgo.

Estes fungos podem também atingir as grandes pregas e as unhas. Daí lhes é fácil, disseminar, e estas fontes de origem, servem de focos para o transplante á maior distância.

HOMANS (2) assim se expressa sobre as epidermatofitoses: "They are dermatological diseases having no surgical significance. But they are now so very common and are the cause of so many secondary infections, that ignorance of their nature among surgeons is inexcusable".

Além destes elementos micoticos mais comuns, BABCOCK (3) ainda cita como podendo ser causa de uma complicação micótica, a blastomicose e a esporotricose. A primeira, dando manchas multiplas, pustulas, papulas, nodulos vermelhos-amarelados, com crostas, ulceras de bordos elevados, etc.

A esporotricose dá nodulos ao longo dos linfaticos. HAUSER (4) declara que a dermatofitose é a moléstia mais comum dos pés. Para fins de terapêutica, julga pouco importante saber a qualidade do fungo que a causa, si tricofito ou epidermofito. O que importa conhecer é que os fungos se desenvolvem em meio quente, humido e alcalino. Considera a dermatofitose altamente infestante e de fácil contágio.

Como elementos de combate aconselha o verde brilhante, contra o qual já ha tempos, levantamos as nossas objeções (5).

O acido salicílico a 3, e até a 6% — é valioso, não só pela sua ação fungicida, como também pela sua ação queratolitica. Nos pacientes que apresentam uma intolerância ao acido salicílico, poderá ser empregada a violeta de genciana a 1% em solução aquosa.

Quando estas medidas terapêuticas não dão resultado, HAUSER aconselha as applicações de radioterapia profunda, que tem ação inibitoria quanto ao desenvolvimento dos fungos.

Mas não devemos esquecer que esta medida terapêutica deverá ser empregada com o maior cuidado, especialmente nos membros inferiores, onde a circulação terminal às vezes já prejudicada, por uma das entidades nosológicas do grupo das perturbações circulatórias das extremidades, poderá com facilidade ser agravada pela radioterapia profunda e redundar numa gangrena.

SNOW (6) aconselha a seguinte formula, com a qual deverão ser embrocadas as lesões dermatofíticas:

Timol — 0,5%
 Acido salicílico — 3%
 Acido benzoico — 3%
 Alcool etílico colorido de vermelho
 c/fucsina — 70%,

o mesmo autor, em caso de lesão aberta, aconselha a violeta de genciana a 2%, ou o acido salicílico a 1% em solução alcoolica a 25%.

CAMPOS (7) aconselha uma mistura de prontossil rubrum em solução glicero-alcoolica. GAFAFER (8) diz que existe um interesse todo especial em verificar o diagnostico exato, pois as dermatofitoses podem simular e se confundem com frequência com dermatites ou dermatoses profissionais.

ALVARADO (9) chama a atenção para o fato de certos surtos agudos ou sub-agudos das dermatofitoses, serem produzidos pela propria irritação medicamentosa, especialmente em individuos sensíveis, principalmente ao iodotimol ou ao acido salicílico.

MONTGOMERY E CASPER (10) declaram que no tratamento das dermatofitoses devemos cuidar em evitar o excesso de medicamentos, que muitas vezes prejudicam muito mais que curam, levando a uma dermatite aguda. Estes autores não acreditam no bom

resultado da radioterapia profunda. Também acusam a mistura em partes iguais de fenol e canfora, de produzirem ulcerações.

Neste sentido temos a observar, que pessoalmente temos empregado, com os melhores resultados o líquido de Payr (mistura de fenol e canfora em alcool, na formula de fenol 30%, canfora 60% e alcool 10%) em casos de dermatofitoses, especialmente em casos agudos, ou com infecção secundária, em fase aguda. Na mistura em partes iguais de fenol-canfora, preconizada nos ultimos anos nos U. S. A., não se observa a proporcionalidade ótima do fenol e canfora, como a que se observa no líquido de Payr, onde o dobro de canfora, entrava o poder caustico do fenol, mantendo-lhe o poder bactericida, no caso fungicida.

Nos casos agudos, Montgomery e Casper, aconselham agir em primeiro lugar sobre o elemento infeccioso secundário e somente depois deste debelado, usar os fungicidas. O Líquido de Payr, tem a vantagem de desde logo atingir ambos os objetivos.

LEÃO (11) aconselha as elaso-vacinas ou a fração hidro-carbonada antigenica — comercialmente "dermatomicol". Cita Joaquim Mota, que usa exclusivamente este medicamento, obtendo a cura em 10 a 30 injeções (em processos eczematicos ou desidrosiformes). Cita, também, Rabello Filho e Olimpio da Fonseca, que obtiveram identicos resultados

Pessoalmente, temos também colhido ótimos resultados com o emprego tópico do Líquido de Casellani, cuja formula e modo de preparo, damos abaixo:

Fenol — 5 grs.

Fucsina basica em sol. alcoolica saturada — 10 cc

Acido bórico — 1 gr.

Agua destilada — 90 cc.

Misturam-se os ingredientes acima, e depois de 2 horas, devemos acrescentar:

Acetona — 5 cc.

novo repouso de 2 horas, findo o qual juntamos:

Resorcina — 10 gs.

e a mistura total, após repouso de mais 2 horas, é filtrada.

Empregamos o Líquido de Castellani em embrocações diárias, uma por dia, e extensivas não só às lesões, como aos tecidos visinhos, debordando no mínimo de 1 a 2 cms, em terreno são.

Não temos encontrado intolerância ao líquido de Castellani, o que temos verificado para outros preparados ou soluções.

Entre os produtos farmacêuticos, o Micosol líquido e o Fungol, também dão bons resultados, sendo que este último é suportado geralmente melhor que o primeiro, isto é, com este produto temos verificado menor número de intolerâncias (irritação tecidos). Em determinadas pessoas, de pele mais delicada, o micosol pode desenvolver uma ação irritativa. Por esta razão, deve ser empregado com parcimonia.

As pomadas, devem ser abandonadas, pois cremos que favorecem o desenvolvimento dos fungos, criando um ambiente favoravel ao desenvolvimento, pois isolando as lesões criam um ambiente de calor e humidade.

O preferível é a embrocação com um dos líquidos apontados, após lavagem da lesão, ferimento, ulcera ou zona afetada, com soro fisiológico ou com uma solução diluida de agua de Alibour, á base de sulfato de cobre.

Uma vez que a embrocação tenha secado, poderemos pulverizar a região com um talco antiseptico (Sulfomerthiolato Lilly) ou com uma leve camada de sulfá em pó (Cibasol, Prontosil, Anaseptil ou Stopton).

Si o cascarão é muito grosso, torna-se necessário eliminá-lo, pois por baixo dele proliferam os fungos e se estende o processo micotico. Então, ao lado das embrocações com líquidos anti-fungicidas, se impõe durante uns poucos dias, um curativo vaselinado, preferível vaselina esterelizada, pura, no maximo, vaselina boricada, cuja aplicação ficará adstrita à zona cascarosa.

Como medicação geral, temos experimentado, com bons resultados, as injeções intramusculares de dermatomicol. Em casos de suspeita de um terreno alergico, um preparado hormonal de baço, tem suas indicações.

Não se deve esquecer, tanto quanto possível, dependendo da tolerância individual, a terapêutica iodetada, tão intensa quanto possível, por via oral, ou mesmo endovenosa.

Em casos de uma infecção secundária,

em terreno micotico, ou vice-versa, encontram indicação plena as medidas anti-infecciosas ou bacteriostaticas geraes, hoje usualmente conhecidas e empregadas (sulfas e penicilina).

São estas as medidas terapeuticas que temos empregado ultimamente e que nos tem

dado um resultado satisfatorio. Entretanto experimentaremos toda a medida terapêutica que se apresenar com base solida, no sentido de sempre procurar melhorar o tratamento destas complicações, encurtando assim o período do tratamento destes casos, que às vezes, se deliniam com uma cronicidade espan-tosa.

BIBLIOGRAFIA

- 1 -- NEGRONI, PABLO -- Dermatomicoses. -- 1942 -- Buenos Aires.
- 2 -- HOMANS, JOHN -- A Text-book of Surgery. 5th. ed. -- 2nd. printing. 1943 -- Ch. C. Thomas -- U. S. A.
- 3 -- BABCOCK, W. WAYNE -- Principles and Practice of Surgery. 1944 -- Lea & Febiger U. S. A.
- 4 -- HAUSER, EMIL, D. W. -- Diseases of the foot. 1939 -- Saunders -- U. S. A.
- 5 -- SECCO EICHENBERG -- Tratamento dos ferimentos -- Sua orientação moderna. Medicina e Cirurgia -- Revista da Saúde Pública de Porto Alegre -- Ano II -- 1940 -- N.º 1. Tomo 2.
- 6 -- SNOW, JAMES S. -- Tratamiento de la dermatofitose (in Military Surgeon -- 1944, 95:147) Selectem -- Mayo 1945 -- pag. 376.
- 7 -- CAMPOS, ALBERTO M. -- Tratamiento de las epidermomicosis. La Prensa Medica Argentina -- Ano 32 -- n. 26. 1945, pag. 1236.
- 8 -- GAFAFER, H. -- Manual of Industrial Hygiene -- 1943 -- Saunders -- U. S. A.
- 9 -- ALVARADO, E. R. GOVIÑA -- Tratamiento de las micosis de los plieges cutaneos -- Selectem, 1943 -- n. 12, pag. 903.
- 10 -- MONTGOMERY & CASPER -- Dermatofitosis y onicomicosis, su tratamiento (in J. Am. Med. Association, 1945 -- 128:77) -- Selectem, 1945 -- Agosto -- pag. 617.
- 11 -- LEÃO, AREA -- Dermatofitidos: formas clínicas, etiopatogenia e tratamento. Rev. Brasileira de Medicina -- Março 1944, pag. 222.