

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Diretor responsavel e gerente

EVALDO CAMPOS

Diretores

JONAS DE ARRUDA e LINCOLN CAIRE

...

BIBLIOTECA DA
REVISTA BRASILEIRA DE
OFTALMOLOGIA

SETEMBRO DE 1946

Com a intensa alegria que nos dá um dever bem cumprido, entregamos aos nossos estimados colaboradores, assinantes e anunciantes, o primeiro número do volume V, da “Revista Brasileira de Oftalmologia”.

Não nos deteremos neste instante, para rememormos o esforço e as canceiras da jornada; será nossa preocupação, imaginar como poderemos tornar a nossa Revista cada vez mais útil e mais companheira fiel do oculista, em qualquer recanto do Brasil onde ele trabalhe, na sua faina patriótica e idealista.

O médico, afastado dos centros científicos das capitais, deixa, muitas vezes, de prestar contribuição preciosa à solução de grandes problemas científicos, porque lhe falta uma bibliografia mais extensa, que lhe permita esclarecer bem o raciocínio e enriquecer a cultura.

A R. B. O., com a normalização do correio internacional, conseguiu estabelecer permuta com as seguintes revistas especializadas: American Journal of Ophtalmology (U. S. A.) — Archives of Ophtalmology (U. S. A.) — Archivos de Oftalmologia de Buenos Aires — Anales Argentinos de Oftalmologia (Rosário, Arg.) — Revista Oto-Neuro-Oftalmologica y de Cirugia Neurologica Sud-Americana (B. Aires, Arg.) — Archives d'Ophtalmologie (França) — Boletin del Hospital Oftalmologico de Nuestra Señora de la Luz (México) — Archivos Chilenos de Oftalmologia (Santiago de Chile) — Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmologia y Neurocirugia (Valencia, Espanha) — Archivos de la Sociedad Oftalmologica Hispano-Americana (Madrid, Espanha) — Rassegna Italiana d'Ottalmologia (Itália) — Annali di Ottalmologia e Clinica Oculistica (Itália).

Desejamos oferecer aos nossos caros colegas oculistas, a possibilidade de beneficiarem-se com o material científico que está em nossas mãos, quer pertencente à

Revista, ou a cada um dos seus diretores. O sistema que propomos, será exposto com detalhes, noutra local deste número, sob o título “Correspondência bibliográfica”. Qualquer sugestão sobre a melhor maneira de realizar esse intercâmbio será recebida com muito agrado e estudada com o maior interesse.

Com este marco, desejamos assinalar o começo do quinto ano de vida, da “Revista Brasileira de Oftalmologia”, momento em que nos sentimos felizes, por termos permanecidos fieis aos nossos objetivos e possuídos de novas energias para continuarmos a propugnar pelo engrandecimento da cultura oftalmológica nacional.

A DIREÇÃO.

REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

ANO V

SETEMBRO DE 1946

NÚMERO 1

Contribuição para a Oftalmologia Tropical Brasileira

DR. NICOLINO REBELLO MACHADO

Santos

**Trabalho apresentado ao V Congresso de Oftalmologia, realizado na Bahia,
em 28 de Junho a 2 de Julho de 1946**

“Ainda bem que vamos compreendendo a necessidade cada vez mais imperiosa, de estudar com decidida vontade, as questões de nossa patologia regional, esclarecendo, em definitivo, os seus caracteres próprios, para melhor conhecimento da medicina indígena. No campo da Oftalmologia, não obstante já possuir o nosso país excelentes serviços da especialidade, é fora de dúvida que as investigações referentes às afecções oculares, ligadas às doenças exóticas, não atingiram ainda, o grau compatível com o seu notório desenvolvimento”.

São expressões do preclaro Prof. CESÁRIO DE ANDRADE no preâmbulo de seu notável trabalho sobre as “Manifestações oculares nas doenças tropicais”, de que foi relator oficial no 2.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

ELLIOT, por seu turno também se admira da extrema penúria de publicações referentes às doenças oculares produzidas pelos insetos das regiões tropicais, procurando explicá-la pelo fato de serem tão abundantes e tão banais essas afecções e de conseqüências raramente graves que não merecem ser descritas pelos especialistas locais.

Numa de minhas observações, entretanto, as cousas não se passaram assim, tendo havido conseqüências verdadeiramente desastrosas para o olho atingido. Que êsses acidentes sejam considerados de menor importância para o leigo pode-se convir. O médico entretanto embora não especializado, precisa atribuir-lhes a devida atenção, em virtude de eventuais conseqüências mais graves.

Reservei para publicar neste pequeno trabalho duas observações sobre doenças oculares produzidas por picada de vespas nas quais as

complicações não se limitaram ao clássico edema palpebral, uni ou bilateral, sintoma dos mais freqüentes e de menor gravidade em que pese o alarme que provoca. As observações em apreço têm seu aspecto interessante porque a picada se fez diretamente sobre o globo e não o atingiu através da pálpebra como freqüentemente se dá.

Uma delas tem seu interesse particular porque da picada resultou a perda do olho atingido.

Além do edema referido, se observa, palidez das pálpebras, blé-faro-espasmo, conjuntivite muitas vezes acompanhada de quemose intensa, queratite, írido-ciclite, hipopion, uveíte, catarata e até nevrite óptica. Estas duas últimas complicações, menos freqüentes, são citadas no livro de ELLIOT, sendo a catarata observada clinicamente por BAER o qual a operou com êxito. HUWALD, citado pelo Coronel ELLIOT, fez experiências em coelhos, e afirmou não ser necessária a perfuração da cristaloide pela trompa para produzir a catarata. Basta a degeneração do epitélio da cristaloide produzida pelo veneno para que o efeito da toxina se faça sentir sobre o cristalino. Quanto à nevrite óptica observada por ROCHON-DUVIGNEAUD e GUICHEMERRE, pode bem ter sido produzida pela introdução de produtos sépticos na circulação geral, segundo opina o mesmo ELLIOT. A pesquisa cuidadosa da trompa, que geralmente é deixada no momento da picada, deve ser feita sistematicamente, com aparelhagem adequada, pois pode ser causa de irritações periódicas no local ou mesmo não as produzir durante um tempo longo e depois causar danos apreciáveis ao globo. DORFF, citado por DUKE-ELDER, observou casos em que a trompa permaneceu na pálpebra durante mais de sete anos indo depois ferir a córnea. HILBERT, KRAUPA, ORENDORFF e outros, citados por DUKE-ELDER, referem casos interessantes de migração da trompa através dos tecidos do olho, partindo da pálpebra. A penetração direta da trompa na superfície do olho já foi observada por HUWALD, BARCZINSKI e LUNDS-GAARD, segundo DUKE-ELDER. Em nosso meio, não tenho memória de ter lido observação semelhante, motivo pelo qual vou dar resumidamente as minhas duas em que se observou êsse fato insólito.

1.ª OBSERVAÇÃO

Picada direta de vespa na esclera do olho esquerdo. Abcesso do vítreo. F. C. S., 12 anos, solteira, parda, residente em S. Sebastião, no litoral de S. Paulo, procura meu serviço, em 1943, completamente cega do olho esquerdo dizendo que oito dias antes, em seus afazeres

na zona rural havia sido picada por vespa no olho esquerdo. Entregara-se a tratamentos de curiosos e de um farmacêutico durante esse tempo e não obtendo melhora procurou meu serviço na S. Casa de Santos. Visão completamente nula de O.E. ; O.D. visão igual a um e nada apresenta digno de nota. O.E. apresenta-se muito doloroso com fotofobia e lacrimejamento. Írido-ciclite com hipopion. Tensão diminuída. Com o devido aumento observa-se a sete milímetros do limbo, do lado externo, um pequeno pertuito, de dois milímetros de diâmetro, cercado de uma zona inflamatória. A pesquisa cuidadosa à lâmpada de fenda não permitiu divisar a trompa do inseto. É provável aliás que tenha sido removida após o acidente. Perquirida nesse sentido não informa a contento. Interna-se e se submete a instilações freqüentes de atropina, a vaporizações, a proteinoterapia, a sulfas em dose adequada. A dor diminui um pouco, bem como os fenômenos flogísticos. A visão permanece totalmente nula. Poucos dias depois sondando o pertuito referido com uma sonda lacrimal observa-se supuração franca intrabulbar. Diante disto é feita a evisceração do globo estando o vítreo completamente desorganizado e purulento. É quasi certo que no caso em apreço além das toxinas as lesões tenham sido produzidas pela infecção inoculada pela trompa toxi-infectante. Assim também pensa o Coronel ELLIOT em sua conhecida obra.

Os trabalhadores rurais da zona litorânea se referem às dores horríveis provocadas por picadas de determinadas vespas cuja agressividade é conhecida. Consegui dois exemplares das espécies mais comuns na região e devo à gentileza do Prof. SAMUEL B. PESSOA, catedrático de Parasitologia da Universidade de S. Paulo, a respectiva classificação. Tratava-se da *Synoeca Surinana*. Fig. 1 (Fab.)

2.^a OBSERVAÇÃO

Picada direta de vespa sobre a córnea.

A. G., brasileiro, pardo, 34 anos, trabalhador rural, se apresenta em meu serviço na Santa Casa, dizendo-se cego do olho direito devido à picada de vespa quando trabalhava num sítio de zona rural vizinha, três dias atrás. Havia forte edema palpebral com bléfaroespasma intenso, lacrimejamento e o doente se queixava de dores fortes no globo atingido. Após anestesia se observa acentuado edema da córnea, reação periquerática muito pronunciada e ligeiro hipópio. A visão se reduz apenas à percepção de vultos a trinta centímetros. Em

O.E. nada se observa de anormal. Ao exame atento da pálpebra não se observa o menor vestígio do ponto da picada. Na córnea, ao nível do meridiano de cinco horas, a dois milímetros do limbo, em contraste com o edema generalizado, se observa uma condensação do parenquima abrangendo uma área de cerca de dois milímetros de diâmetro. Ao exame atento com a lâmpada de fenda não se encontra a trompa do inseto mas erosão do epitélio no centro da zona de condensação referida, sítio provável da picada. Instilação de atropina e cocaína, proteino-terapia, vaporizações diárias, pomada de vitamina A e D e curativo oclusivo de O.D. foi tudo quanto se fez. As melhoras se acentuam dia a dia e ao fim de duas semanas pede alta para atender a compromissos no sítio, o que lhe é permitido pedindo-se-lhe voltasse uma semana depois para novo exame. Êste é praticado; a ação do midriático desaparecera; a visão de O.D. é igual a 1. Nota-se apenas uma nébula da córnea, com localização extra-pupilar, na região supra descrita. Como fizemos para a primeira observada, pedimos a A.G. nos conseguisse exemplares de algumas vespas existentes no sítio em que trabalho. Êle o fez. Devo ao Sr. L. E. ARAUJO, digno assistente do Instituto Biológico de S. Paulo, a respectiva classificação. Um exemplar era de *Synoeca Surinana* (Fab) e outro era de *Polistes versicolor* (Oliv.). Na hipótese de ter sido a primeira espécie a causadora da picada, seria o caso de se apurar em eventualidades idênticas a espécie da vespa agressora afim de verificar-se si é o globo ocular o sítio preferido para a agressão ao menos para a vespa em aprêço.

A literatura sobre a Oftalmologia tropical cita casos de insetos que têm um tropismo especial pelo globo ocular. O Coronel ELLIOT refere um caso pitoresco a respeito. Há na Índia um inseto que ao penetrar na conjuntiva emite uma secreção característica, muito irritante e fétida. Certa vez em um jantar, na terra dos marajás, um médico militar adido ao Hospital Oftalmológico de Madras se sentara ao lado de um conviva que se queixava o tempo todo de um cheiro nauseabundo tal qual o emitido pela secreção do inseto em aprêço. Desde os pratos mais saborosos aos vinhos raros tudo lhe sabia o tal cheiro. No dia imediato pela manhã o médico militar retirava do fornix superior um espécime macerado do inseto em referência... Em que pese a afirmação de que os insetos não penetram na conjuntiva sã, não é raro encontrarem-se insetos entre as pálpebras onde penetram deliberadamente ou tangidos pelo vento, pelo vôo rápido ou pelos movimentos rápidos de sua vítima descuidada, ou ainda por um tropismo todo especial pelas dobras úmidas da conjuntiva humana como nos

fala ELLIOT ao referir-se à mosca do olho (*Siphonella funicula*) do Deccan e de outras regiões secas do Oriente. Lembro-me bem de ter atendido a dois pacientes que se queixavam de dores horríveis nos olhos, com edema intenso das pálpebras, conjuntivite muco purulenta e quemose. Em um, encontrei um corpo estranho, talvez de um milímetro e pouco de comprimento no fornix superior. Outro o trazia bem escondido no fornix inferior, com as mesmas dimensões. Com a lente de BERGER verifiquei se tratava de mosquitos minúsculos, os quais infelizmente não mandei classificar. Não me lembro de haver encontrado corpo estranho das dobras conjuntivais capaz de produzir reações tão intensas. E' que nos casos referidos o agente atuava mecanicamente ainda como irritante pelos produtos secretados e também pelos germes ou produtos tóxicos que transportava.

ELLIOT, RUATA e ALCOCK, referem a certas espécies de mosquitos, que longo tempo após a retirada dos fundos de sacos conjuntivais causa sensações penosas de queimadura devido às secreções cáusticas inerentes.

O assunto entretanto é vasto e não é meu intuito esmiuçá-lo. Êstes comentários, si bem não digam respeito ao objeto de minhas observações, são referidos para provocar publicações semelhantes, quiçá mais instrutivas, em torno de assunto que parece pouco ventilado em nosso meio.

SEGUNDA PARTE

Acidentes oculares determinados por vegetais tóxicos

Tem-me surpreendido um certo número de acidentes oculares apresentados por trabalhadores das zonas rurais litorâneas particularmente pelos lenhadores. Atendi a diversos, sendo que de dois casos anotei minuciosamente o quadro oftalmológico, o qual vai descrito sucintamente nas duas observações anexas a êstes ligeiros comentários. Não me furto ao desejo de trazê-las ao conhecimento dêste Congresso, particularmente com o objetivo de conhecer casos idênticos observados pelos colegas presentes e que talvez não tenham sido descritos ou cuja publicação eu ignore.

E' tão dramático o quadro apresentado pelos pacientes e tão intensas as dores provocadas no globo atingido pelo latex de certa planta, que se torna justo o verdadeiro temor que o corte da planta em aprêço infunde aos lenhadores da zona litorânea. Em se lhes pergun-

tando sobre a espécie vegetal inculpada é quasi uníssona a resposta: é o temível Cega-Miguel “seu” doutor, exclamam eles alarmados. Outros a chamam Cega-Maria.

Claro que não poderíamos trazer a êste douto Concílio, observações baseadas em dados tão pobres. Eis porque recorri ao douto Prof. Dr. F. C. HOEHNE, Diretor do Instituto de Botânica de São Paulo, solicitando-lhe a classificação da planta de suco tão cáustico, enviando-lhe alguns ramos da mesma, obtidos com alguma dificuldade como sóe acontecer. Infelizmente a amostra enviada, vide fig. n.º 2, não continha flores nem frutos, motivo pelo qual o ilustrado botânico reservou a classificação definitiva quando dispuzesse daqueles elementos impossíveis de obter quando lhe remetemos a amostra. Com a ressalva apresentada, o Dr. HOEHNE me adiantou se tratava de uma Euphorbiacea, provavelmente do *Ophthalmoblapton pedunculare* Muell. Arg. vulgarmente chamada Santa-Luzia, Canchim d’Alho, Grumamel ou Grumamé. Segundo afirmou PECKOLT, o *Ophthalmoblapton pedunculare* não tem latex cáustico para a pele embora sejam tóxicas as sementes. O espécime enviado à classificação poderia igualmente ser o *Tetraplandra gibbosa*, Pax K. Hoffm, que já foi confundida por GLAZIOU com a espécie em aprêço. O ilustrado botânico que me forneceu êstes dados, referiu-me que nas matas de Jussaral e Japuiba, na serra do Caramujo, vertente de Angra dos Reis, vira em 1925, o *Ophthalmoblapton macrophyllum*, Fr. Allemão e notara que os derrubadores o deixavam de pé onde abatiam a floresta para locação da via férrea, por temerem os salpicos do seu latex nos olhos ao aplicarem o machado. Assim permanecia de pé a árvore temida até que a queimada lhe destruísse o latex agressivo. O mesmo Dr. HOEHNE julga porém, que o exemplar remetido para classificação só poderá pertencer a uma das espécies referidas.

Tive imensa dificuldade em obter o latex tão cáustico para uma análise rigorosa, o que me seria possível em S. Paulo. Foram porém baldados os meus esforços nêsse sentido porquanto a “fase da lua” não era propícia e os caboclos conhecedores exímios dêsses segredos me aconselharam aguardasse oportunidade. Pretendo voltar ao assunto quando dispuzer dêsses dados. Devem aliás a êste suco os efeitos das Euphorbiaceas; ora é acre e cáustico, tal o da Mançanilha, ora resinoide. Sua colheita é objeto de intenso comércio nas Canárias, no Egito, na Índia. Segundo alguns, a produção em larga escala só se dá de quatro em quatro anos. CAMINHOÁ, de onde tiro êstes dados, acha que a colheita do suco abundante se pode fazer anualmente, de

modo particular após a frutificação, daí o fazer-se a colheita do suco após essa fase. Aqui estará, por certo, o motivo de não ter podido obtê-lo agora para o respectivo exame. Diz-se também que quanto mais próximo do Equador, tanto mais abundante e enérgico o seu latex.

A composição dêste produto, segundo análises feitas nas *Euphorbias officinarum*, *Canariensis* e *antiquorum* é a seguinte: resina, cera, borracha, euforbina, ácido eufórbico, sais diversos, água, clorofila, etc. Segundo FLUECKIGER o eufórbio é o princípio drástico enquanto que a resina o princípio acre. Diz mais que o álcool não destrói as propriedades dêsses princípios, conservando-os ao invés nas tinturas, por muito tempo. Nas sementes há um princípio oleaginoso que é o laxativo, enquanto que outro, mais enérgico e muitas vezes tóxico, se encontra no embrião e tegumentos (Apud CAMINHOÁ, vol. III, pg. 2341).

Relatarei agora as observações de dois casos.

1.^a. A. S., brasileiro, branco, solteiro, 23 anos, trabalhador no sítio Rio-Branco, no litoral, me procura, trazido por seu patrão, dizendo, que ao trabalhar na mata, como lenhador, ao cortar uma árvore, saltou-lhe nos olhos um líquido que o deixou cego, havia 24 horas. A. S. apresentava forte edema palpebral, fotobia e lacrimejamento intensos, bléfaro-espasmo, quemose acentuada, edema da córnea, hipopione e írido ciclite em ambos os olhos. A agudeza visual estava reduzida à percepção de dedos a quarenta centímetros. O tratamento consistiu em colírios anestésicos de fraca intensidade, atropina, vaporizações como soro hipertônico, compressas quentes e úmidas, pomada vitaminada, injeções de gliconato de cálcio, diárias. A. S. foi examinado diariamente e suas melhoras se operam lentamente. Ao fim de duas semanas tem alta com visão de 2/3 no olho esquerdo e de 1/3 no direito onde restava uma pequena nebula central.

2.^a observação. B. G., brasileiro, casado, 34 anos, lenhador, pardo, procura meu serviço na Santa Casa, queixando-se de fortes dores no olho direito, do qual se dizia cego desde a véspera quando em trabalho em sítio da Bertioga, cortando uma árvore, chamada Cega-Miguel pelos locais, se viu atingido no olho citado por um líquido. Apresentava dores cruciantes e o quadro clínico era quasi igual ao da observação anterior diferindo apenas na agudeza visual que se achava reduzida apenas à percepção de luz. O olho esquerdo estava indene.

A medicação prescrita foi a mesma adotada para o caso anterior, acrescida apenas de proteino-terapia para combater o hipópio que perdurou mais, sendo porém dominado exclusivamente com êsse recurso. Ao fim de três semanas B.G. pede alta, com agudeza de 1/2 no olho atingido. O olho estava calmo mas havia uma ligeira diminuição de transparência da córnea.

* * *

Passaram pelo serviço do Hospital da Santa Casa outros casos mais ou menos semelhantes, cuja observação não tomei porque embora se apresentassem de forma mais ou menos dramática, como os descritos, tiveram entretanto cura completa com recuperação total da visão. Trata-se portanto de uma forma insólita de acidente do trabalho, mais freqüente nos lenhadores, para a qual se deve atender levando-se na devida conta a queixa dos pacientes, particularmente em casos de perícia um pouco remota em relação ao acidente. E' de estranhar-se não tenham sido publicadas observações idênticas pelos colegas que exercem a clínica em cidades vizinhas às zonas rurais. Si o foram, não tenho conhecimento delas. Eis o motivo porque as publico, certo que estou de que casos idênticos, necessariamente, foram observados. Basta citar-se o nome Ophthalmoblapon, para que se conclua de sua relação com os olhos...

Meu distinto colega Dr. DAVID CÔDA, quando esteve na Amazônia, segundo me informou, pôde observar casos de lesões cáusticas da pele e queimaduras graves da córnea, produzidas pela Hura crepitans L. uma euforbiácea cujo nome vulgar é Uassacú. Talvez por sua ação cáustica, o povo da região adulterou-lhe o nome apelidando-a Assacú... Sua seiva é muita cáustica e venenosa, produzindo ulceração quando em contato com as mucosas e até com a pele. Seu princípio ativo é a Hurina ou Creptina (CH. RICHET). Sua amêndoa é igualmente tóxica. RAIMUNDO DE MORAES em seu Dicionário das cousas do Amazonas, pg. 65, vol. I, diz que onde medram os Uassacuzeiros há infalivelmente moléstias nas redondezas, quer pelas águas que se envenenam ao lhe passarem nas raízes, quer pelo Carapanã que depois de sentar no Uassacú torna tóxica a própria picada. O óleo de Uassacú é também muito tóxico. O mamão e a mamona também produzem irritação dos olhos quando atingidos pelo respectivo latex. Fui vítima do primeiro em minha infância e me lembro bem que minha mãe instilava pressurosa e confiante em meus olhos algumas gotas de leite materno e eu saía horas após para novas travessuras.

Quanto ao óleo de rícino, o Castor Oil dos ingleses, sua ação irritante sobre os olhos é bem conhecida e tem servido para simulação. Tive uma cliente, que para simular irritação do globo ocular que sofrera em consequência de lagofthalmia resultante de paralisia facial, instilava no olho correspondente algumas gotas de óleo de mamona (*Ricinus communis*) com o fim de prolongar a licença.

DUKE-ELDER cita observações de diversos autores referentes ao uso da ipecacuanha, a poaia do nosso povo, com o fim de simulação. Dizem eles que se produz uma hiperplasia folicular crônica simulando de certo modo o tracoma. A podofilina também tem sido empregada com o mesmo fim. O Jequiriti (*Abrus praecatorius* L.) por seu princípio ativo a abrina, também produz irritação intensíssima da conjuntiva. WECKER e ROEMER aconselhavam a aplicação de solução cuidadosamente titulada de seu princípio ativo ou de maceração da própria planta no tratamento do tracoma, tateando a resistência que varia intensamente de um indivíduo para outro. Além dêste, apresenta o inconveniente de irritar muito as vias lacrimais segundo observa MORAX.

Entre as Euforbiáceas brasileiras venenosas citaríamos a Mançanilha ou árvore da morte, *Hippomane Mancinella*. Seu latex sendo ingerido mata prontamente e é muito cáustico para a pele ou as mucosas. A árvore chamada burra pelo povo, a verdadeira *Hippomane* segundo BEAUREPAIRE ROHAN, é tão venenosa quanto a Mançanilha. O Tiglion (*Croton tiglium* L.) produz o óleo de croton, cáustico e tóxico pelo crotonol e ácido crotônico, respectivamente, nêles contidos. O Agalocko, árvore que cega ou calambac (*Excoecaria Agallocha* L.) também produz um latex muito cáustico.

O Heléboro, uma ranunculácea, é também cáustico. A Scilla (*Scilla maritima* L.) por seu princípio ativo a scillitina também é cáustica e venenosa. É uma Liliácea. Entre as Cucurbitáceas cita-se o Pepino selvagem ou elatério (*Momordica Elaterium* L.) elaterina que contém.

Entre a crucíferas, a mostarda.

DUKE-ELDER cita ainda os esporos de cogumelos como causadores de kerato-conjuntivites violentas produzidas pelo ácido muito venenoso que contém.

Na literatura compulsada atinente ao assunto encontrei referência a estas espécies vegetais, motivo pelo qual as registei embora muitas não pertençam às Euforbiáceas e muito menos ao gênero que por sua nocividade para o globo ocular, me levou à publicação dêste trabalho despretencioso.

SUMMARY

The Author publishes observations on the eye lesion originated from an insect's sting and from the Latex of an Euphorbiacea.

There are two observations on each of these cases.

In one case, where the wasp's sting was made directly on the esclera, the globe was lost.

In the second case, the sting being in the cornea, the patient after the treatment recovered totally his sight.

The second part contains, in addition to observations on two cases of eye lesion caused by Ophthalmoblapon pedunculare or Tetraplanda gibbosa, there occurring almost complete recovery of sight, resumes the present existing bibliography on the subject and stating the vegetable species more commonly accepted as causers of these complications in Brazil.

Includes two pictures and bibliography.

RESUMO

O A. publica observações sobre o comprometimento ocular por picada de insetos e pelo Latex de uma Euforbiácea, dedicando duas observações sobre cada uma dessas ocorrências. Nas duas primeiras uma redundou na perda do globo atingido por picada de vespa sobre a esclera, diretamente.

Na segunda a picada, também de vespa, se deu sobre a córnea, diretamente conservando o paciente visão ótima após a cura.

Na segunda parte do trabalho além de observações sobre dois casos de comprometimento ocular pelo Ophthalmoblapon pedunculare ou Tetraplanda gibbosa com restabelecimento quasi completo da visão, resume a literatura existente sobre o assunto dando as espécies vegetais mais comumente incriminadas como causadoras dessas complicações no Brasil.

Inclue duas fotografias e bibliografia.

RESUMO

El Autor publica observaciones sobre el daño ocular por picadas de insectos y por el Latex de una Euphorbiacea, dedicandole dos observaciones sobre cada uno de esos casos.

En las dos primeras una terminó en la pérdida del globo afectado por una picadura de avispa sobre la esclera directamente.

En la segunda la picadura también de avispa se dió sobre la cornea directamente, conservando el paciente visión perfecta después de la cura.

En la segunda parte del trabajo después de las observaciones sobre dos casos de daño ocular por el *Ophthalmoblapon pedunculare* ó *Tetraplanda gibbosa* con restablecimiento case completo de la visión, resume la literatura existente sobre el asunto, dando las especies vegetales mas comunemente consideradas como causadoras de esas complicaciones en el Brasil.

Incluye dos fotografias y bibliografia.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, Prof. CESÁRIO — Manifestações oculares nas doenças tropicais in Arq. Oftalm. e Oto R. Lar., Ano IV, 1937.
DUKE-ELDER — Text-Book of Opht. Vol. II, pags. 1715-1717.
ELLIOT, R. H. — Ophthalm. Tropicale, 1922.
MORAX, V. — Précis D'Ophtalm., 1921.
CAMINHOÁ, J. M. — Elementos de Botânica Geral e Médica, Rio, 1877.

A Herança no Glaucoma

ABREU FIALHO (SYLVIO)

(Trabalho apresentado ao 5º Congresso Brasileiro de Oftalmologia, reunido na Cidade do Salvador, Bahia)

A observação clínica demonstra que a herança desempenha papel de iniludível importância na gênese do glaucoma. Trata-se dum dado perfeitamente comprovado e que não póde deixar de ser levado na devida conta pelas concepções que busquem esclarecer a etio-patogenia da doença. Herda-se a predisposição ao mal, tal como a predisposição à hipertensão e à arteriosclerose.

Desde 1831, quando ARLT divulgou sua clássica observação de numerosos casos de glaucoma aparecidos em duas gerações sucessivas duma mesma família, foram numerosas as referências a novos achados no mesmo sentido, firmadas por NETTELSHIP, A. V. GRAEFE, FLEISCHER, KAUFFMANN, PAGENSTECHER, LÖHLEIN e tantos outros.

A casuística em torno dos glaucomas familiares foi aumentado cada vez mais. GROENOUW (4) logrou, neste particular, reunir as histórias clínicas de 30 famílias, e outros autores, embora em menor escala, contribuíram para a documentação crescente do capítulo.

A. V. GRAEFE (1), além de concorrer com precioso contingente de observações para a ilustração do problema, ainda logrou tirar delas um ensinamento muito interessante. Foi êle, com efeito, o primeiro autor a chamar devidamente a atenção para a "*regra da antecipação*" a que obedeceria o glaucoma familiar, aparecendo, nas gerações sucessivas, de maneira cada vez mais precoce, ou seja em indivíduos cada vez mais jovens. Observar-se-ia, assim, no glaucoma familiar, fenômeno semelhante ao que já fôra observado em relação à influência da herança sobre a gênese da catarata.

A "*regra da antecipação*" foi, posteriormente, confirmada pelas observações clínicas dum grande número de autores. LÖHLEIN (5), mais recentemente, além de confirmá-la, pretendeu interpretar à sua luz a etiologia de certos glaucomas juvenís. E PLOCHER (1918), estudando a árvore genealógica duma família que teve vários de seus membros acometidos de glaucoma, fez ressaltar muito nitidamente a influência da "*antecipação*" na gênese da forma juvenil da moléstia.

A “*regra da antecipação*” explicaria, ainda, pelo mecanismo da herança, a concomitância, em certas árvores genealógicas, de glaucomas juvenis e de “glaucomas senis precoces” (aparecendo entre os 30 e 40 anos). (O glaucoma juvenil, como é sabido, soe aparecer em jovens entre 15 e 20 anos de idade) (LÖHLEIN) (5). Na história familiar divulgada por ROGNAN (1), em 1899, a avó teve glaucoma aos 83 anos, a filha aos 62, e dois netos respectivamente aos 44 e 38.

Ambas as formas fundamentais de glaucoma primitivo do adulto, a inflamatória e a simples, podem ser herdadas, sendo todavia frequente, segundo FRANCESCHETTI (2), uma certa especificidade, sendo relativamente rara a alternância das duas formas na mesma família. Já NETTELSHIP (3), um dos grandes pioneiros dos estudos sobre a herança em oftalmologia, chamara a atenção para esse aspecto do problema. Para v. GRAEFE (1) a influência da herança se faria sentir sempre de maneira mais nítida nas formas ditas inflamatórias da doença.

Ao lado das numerosas observações que falam da influência da herança sobre a gênese das formas puras de glaucoma, se alinham outras tantas focalizando a concomitância do glaucoma com outras afecções ou malformações hereditárias, como a retinite pigmentosa e a aniridia (casos de HEINERSDORFF, GALEZOWSKI, SCHNABEL, WEEKERS, BAUMGARTEN e BLESSIG, entre muitos outros).

Citação destacada merece, neste particular, a concomitância do glaucoma hereditário com a miopia, para a qual já v. GRAEFE chamara devidamente a atenção. Mais recentemente LÖHLEIN (5), à luz de várias estatísticas, verificou que 50 % dos glaucomas juvenis se acompanham de miopia. Para ele, bem como para PLOCHER (6) e FLEISCHER (7), seria possível, senão provável, que a miopia fôsse mais uma consequência do processo glaucomatoso juvenil do que propriamente um fator hereditário conjugado. Já FRANCESCHETTI (2) pensa diversamente, argumentando com a frequente concomitância da miopia com outras afecções hereditárias que, pela sua natureza, não seriam capazes de determiná-la (v. g. a hemeralopia e as fibras mielínicas da retina). E além disso — é ainda FRANCESCHETTI quem o diz — em vários casos de glaucoma juvenil que serviram aos cálculos estatísticos de LÖHLEIN (5) havia a concomitância de outras malformações que muito amiude acompanham as miopias hereditárias malignas (mesmo quando desacompanhadas de glaucoma): colobomas da íris, do cristalino e do nervo óptico, artéria hialoidea persistens. E é de notar ainda que uma das estatísticas de LÖHLEIN consigna 28 % de hipermetropias no glaucoma juvenil, contra 31 % de miopias, o que

não deixa de depôr contra a concepção, aparentemente lógica, de que seja a distensão da casca ocular, comandada pela oftalmo-hipertonia, o fator determinante da frequência da miopia entre os glaucomatosos juvenis.

Por enquanto, o que se pôde afirmar é que a herança desempenha importante papel na predisposição à doença. E pode-se também afirmar, à luz de numerosos documentos clínicos, que tal herança é do *tipo dominante*, ao contrário do hidroftalmus, no qual a herança é do tipo recessivo.

Para CLAUSEN, que citamos através de M. VAN DUYSE (16), tratar-se-ia, mais precisamente, duma *herança dominante complicada*; só o fator determinante (ou predisponente) é que seria herdado, exigindo-se a intervenção de fatores outros (hereditários ou adquiridos) para a eclosão da doença. Trata-se duma hipótese aceitável, já que se apoia na noção que atribue à doença uma etio-patogenia complexa e variável.

Mas como quer que seja, relativamente à natureza ou ao substrato anatômico da predisposição hereditária ao glaucoma, força é reconhecer que tudo ainda são hipóteses. Nem seria possível esperar precisão nêsse sub-aspecto do problema, já que diretamente vinculado às incógnitas que ainda envolvem a patogenia da espécie. Rigidez escleral, hipermetropia e microftalmia, labilidade neuro-vegetativa (*), arteriosclerose, distúrbios endócrinos etc., foram outros tantos fatores invocados pelos estudiosos do problema como outras tantas hipóteses.

A influência racial também foi admitida. Os israelitas, de acôrdo com as estatísticas de vários autores, seriam particularmente predispostos à doença. Já FUCHS (1), e depois dêle MANDELSTAMM e WAGNER, haviam chamado a atenção para sua frequência nos judeus russos e poloneses. E STELLWAG (14), para quem a rigidez escleral seria o fator patogênico por excelência do glaucoma, admite-a como caráter hereditário, frequentemente encontrado em certas famílias, e especialmente entre os judeus (**).

KOSTER, redator do capítulo sôbre glaucoma na "Enciclopedia de Oftalmologia" organizada pelo Prof. SCHWARTZ, além de acentuar o caráter frequentemente hereditário da doença, frisa que os israelitas são muito sujeitos a ela (15) pg. 348).

(*) Admitida, entre outros, por SCHOENBERG (1), o qual, estudando as características de 13 famílias de glaucomatosos, encontrou positiva, em quasi 50 % de seus componentes, a prova da midriase adrenalínica (prova de KNAPP).

(**) De seu magnífico Manual (*Handbuch der Praktischen Augenheilkunde*), que embora velho, pois tem a data de 1870, ainda merece ser lido com atenção, transcrevemos o seguinte lanço: — "Die Rigidität der Bulbuskapsel findet sich nicht selten *habituel* und ist in manchen Familien, ja Stämmen, z.B. dem jüdischen, als *ererbter* Zustand sogar ziemlich häufig." (Pg. 348) (14).

Entre nós, embora faltem estatísticas que o documentem, todos quantos exercem a clínica nesta Capital sabem como é frequente a doença na colônia israelita aqui domiciliada. Quanto a mim, posso dar o testemunho de que entre os dez últimos casos de glaucoma que tive de operar, na clínica particular, figuravam seis israelitas, o que vale por uma documentação da grande frequência da doença entre os indivíduos desta raça, atendendo à sua proporção numérica, de absoluta minoria, no cômputo geral da população.

O negro também seria predisposto ao mal, de acôrdo com estatística organizada por MOURA BRASIL (8). E mais recentemente, STANFORD, que citamos através de PETERS (1), verificou que o glaucoma juvenil, em New-Orleans, era mais frequentemente observado nos negros.

Nêste particular parece-nos interessante transcrever do velho "Traité des Maladies des Yeux", de CHARLES AB, DIE, publicado em 1884, o seguinte lanço que se encontra à páginas 486, do Tomo I: "D'après quelques auteurs, les yeux dont l'iris et la choroïde possèdent une forte coloration pigmentaire brune foncée y seraient plus sujets que les autres." (10)

Tal noção, de resto, já vinha de longe, pois no "Traité Pratique des Maladies de l'Oeil", de autoria de W. MACKENZIE, cuja 4.^a edição, traduzida para o francês por WARLOMONT e TESTELIN, e datada de 1857, foi por nós consultada, se encontra, com relação à predisposição ao glaucoma, a seguinte afirmativa: "Les personnes qui ont des yeux noirs y sont plus sujettes que celles dont l'iris est bleu au gris." (Tome 2, pg. 610) (11).

* * *

Observações pessoais:

Atendendo ao interesse do assunto, a ser obrigatoriamente levado em conta na devida apreciação da patogenia do glaucoma, e dado que a êle nem sempre se liga a merecida importância, julgamos não vir fora de propósito a divulgação de duas observações clínicas que mais uma vez o focalizem e ilustrem devidamente. E' o que vamos fazer, publicando duas histórias clínicas de glaucoma familiar, constantes dos arquivos de nossa clínica privada.

Numa delas veremos o mal transmitido do pai a dois de seus seis filhos. Na outra, mais interessante, a doença aparece de maneira ma-

nifesta, e poderíamos mesmo dizer maligna, em 3 gerações sucessivas, e já se prenuncia na 4^a. Ambas as observações, como se verá, confirmam a “regra da antecipação” de A. v. GRAEFE.

1.^a observação. (Família S.)

O pai teve glaucoma aos 68 anos, tendo sido por nós operado de ambos os olhos (glaucoma crônico simples, com surtos inflamatórios).

Teve 3 filhas e 3 filhos. Uma das filhas faleceu aos 57 anos (após operação comandada por crise abdominal aguda). Dos 5 restantes, um dos filhos foi por nós operado de glaucoma de OE, quando tinha 45 anos (também glaucoma crônico simples com surtos inflamatórios) (*), e uma das filhas, atualmente com 51 anos, está sob os cuidados de ilustre colega, portadora de glaucoma bilateral, na iminência de ser operada. Os demais irmãos nada apresentaram até o presente momento.

2.^a observação. (Família B.O.)

Mais interessante que a precedente, mostra o glaucoma aparecendo em três gerações sucessivas, tendo por duas vezes conduzido a cegueiras totais, e por outras duas exigido o recurso à operação bilateral. Portanto, forma maligna de glaucoma familiar, que se repetiu em três gerações (de acôrdo com a árvore genealógica por nós organizada), e já se prenuncia, sob fôrma de glaucoma prodrômico, pelo menos em dois membros da 4.^a geração.

O Conselheiro Albino José Barbosa de Oliveira (1808-1889), segundo ressalta claramente de suas Memórias, reunidas, anotadas e publicadas pelo seu bisneto, Dr. Américo Jacobina Lacombe, em volume intitulado “Memórias dum Magistrado do Império” (12), foi operado de glaucoma de ambos os olhos, sendo o esquerdo pelo Dr. Pires Ferreira e o direito pelo Dr. Moura Brasil, quando tinha respectivamente 72 e 73 anos de idade. Tratava-se dum glaucoma crônico com surtos congestivos. As operações (iridectomias) não surtiram o desejado efeito, e êle veio a perder completamente a visão de OE, e quasi totalmente a de OD. Faleceu aos 80 anos, deixando gravadas nas suas

(*) Revestia-se de interessante particularidade o caso dêsse paciente. Seus paroxismos hipertensivos, que por vezes assumiam proporções de verdadeiras crises sub-agudas, eram nitidamente comandados pelas emoções, sendo de notar que a partir de certa data passaram a surgir com absoluta regularidade após, ou ainda durante o ato sexual. Também as emoções do jogo determinavam, amiúde, a eclosão de paroxismos hipertensivos.

Memórias tôda a dramaticidade de sua cegueira, com a qual se não conformaria nunca (*)

Teve o Conselheiro Albino José Barbosa de Oliveira 2 filhos e 3 filhas. Dois faleceram na primeira infância. Sua filha mais velha, a Sra. Francisca Barbosa de Oliveira Jacobina, foi acometida de glaucoma bilateral quando orçava pelos 65 anos. Assistida pelo Prof. ABREU FIALHO, recusou sempre sistematicamente o recurso à operação (que já seria, então, a esclerectomia), impressionada com o mau resultado que as iridectomias haviam proporcionado a seu pai. Com efeito, dos trechos que transcrevemos das Memórias do Conselheiro Albino José Barbosa de Oliveira, ressalta claramente que ambas as iridectomias precipitaram nêle o advento da cegueira.

A doença ocular da Sra. Jacobina arrastou-se, assim, por longos anos. Tratava-se dum glaucoma inflamatório crônico, com paroxismos ou crises sub-agudas frequentes, a algumas das quais ainda tivemos o ensejo de assistir. O mal, contra o qual os recursos médicos foram ineficazes, acabou evoluindo para a cegueira total de ambos os olhos (*Glaucoma absolutum*, com severas manifestações de natureza trófica, que acabaram por conduzir o olho direito à "tísica post-glaucomatosa").

A Sra. Francisca Barbosa de Oliveira Jacobina, que faleceu em avançada idade, teve 3 filhas e 4 filhos. Dêstes, um é falecido. Dos seis restantes, 2 já foram operados de glaucoma de ambos os olhos.

(*) De suas Memórias, como documentação do que ficou dito, julgamos interessante transportar para aqui os seguintes trechos: (12)

Pg. 72 — Recordando a vida de estudante em Portugal, por volta de 1830: — "Eu estava muito doente, a residência em Lisboa me fôra fatal, voltei muito doente para Coimbra, vi Santarem, etc. Tive pela primeira vez os olhos inflamados e talvez daí proviesse o germen da moléstia d'olhos, que, faz hoje um ano justamente me obrigou a sofrer a dolorosa e infeliz operação do glaucoma."

Pg. 308 — "Em março" (de 1881) "teve lugar a contestação do Valdetaro, por causa do julgamento da pronúncia do Bispo de Mato Grosso, que felizmente não foi pronunciado. A consequência foi a inflamação do olho esquerdo agravar-se e ser necessário a operação da iridectomia no olho esquerdo, que foi praticada pelo Dr. Pires Ferreira. Fiquei muito doente todo o mês depois de ter sofrido ferro no meu pobre olho. Acabou-se a minha vida!"

Pg. 309 — "O glaucoma fez-me perder o olho esquerdo, que operado a 4 de Abril de 1881, ficou de todo cego, fazendo-me grande falta."

Pg. 313 — "7 de Dezembro de 1882" — "Em um dia de Agosto p.p. annunciou-se a Semíramis com a Borghi-Mamo. Fui vê-la, porque eram recordações de Lisboa e de minha mocidade. Fez-me mal aos olhos a aplicação, queixei-me ao Moura Brasil, que a 2 de Setembro p.p. veio operar-me de iridectomia no olho direito sem me prevenir." "Até então eu saía alguma vez de carro, dava algum giro, ou ia a alguma casa íntima, como a do chorado São Diogo, etc.. Desde a operação, em 2 de Setembro p.p. recrudesceram todos os meus incômodos, a vista diminuiu cento por cento..."

Pg. 342 — Trecho de bilhete dirigido ao seu genro, Dr. Jacobina, em Outubro de 1883: — "Eu estou aqui morrendo todos os dias, e não acabo de morrer. Esta noite foi perdida, em claro, e estou escangalhado. A vista, então, chegou à última desgraça; com mais um passo estarei cego de todo, mormente para lêr e escrever." E mais adiante, no mesmo bilhete, em P.S. — "A vista fugiu-me de todo. Já não leio. Volte quanto antes; preciso de seu auxílio. Acuda-me."

Uma filha, a Sra. Francisca Jacobina Lacombe, por nós, em 1939 e 1940, e um filho, o Sr. Eduardo Jacobina, residente em Campinas, algum tempo depois, no Instituto Penido Burnier. Ambos colheram ótimo resultado das operações.

A Sra. Francisca Jacobina Lacombe foi operada após haver sofrido várias pequenas crises sub-agudas. E embora tôdas houvessem cedido com relativa facilidade à intensificação das medidas terapêuticas locais, julgamos de bom aviso recorrer à operação quando as crises começaram a se repetir mais amiude. Ambos os olhos foram esclerectomizados (trepanação, seg. ELLIOT, com iridectomia periférica). De ambas as operações resultaram boas cicatrizes filtrantes. Uma delas, em verdade, já por duas vezes condicionou excesso de filtração (sem erosão visível da fístula), com acentuada hipotonia, exigindo o recurso à atropina e à oclusão do olho. E tudo voltou à normalidade.

A quarta geração dos Barbosa de Oliveira, consoante se vê na árvore genealógica que organizamos, compõe-se de 24 primos, muitos dos quais já ultrapassaram os 40 anos de idade. Quasi todos já fôram por nós examinados, sendo que em dois observamos nítidos sinais de preglaucoma. Com efeito, embora a pressão ocular, medida com o tonômetro de SCHIÖTZ, não ultrapassasse a pauta dos 25 mms., observamos que a câmara anterior era extraordinariamente rasa, num dos casos quasi nula, mesmo, que a esclerótica era pouco elástica à palpação e que as queixas sobre astenopia acomodativa não guardavam proporção com o grau de presbiopia não corrigida. Não recorremos às provas de evidenciação do pre-glaucoma, o que seria interessante, por superiores motivos de ordem psicológica. Mas o aspecto daqueles globos oculares, quasi sem câmara anterior, aquele grau de rigidez escleral, e aquele tipo de astenopia, tão frequente nos glaucomatosos, declarados ou prodrômicos, bastariam para mostrar que, si a moléstia ainda não apareceu em nenhum dos membros da 4.^a geração, é porque ainda está à espera dos fatores desencadeadores. Mas a predisposição ao mal, ou seja o pre-glaucoma, já existe, pelo menos nos dois membros cujas características acabamos de assinalar.

Na 5.^a geração, aliás numerosíssima, mas ainda na infância e adolescência, não existem, até aqui, taras oculares dignas de especial menção.

Comentários às observações.

A primeira observação, mais do que a segunda, documenta de maneira muito eloquente a “regra da antecipação” estatuida por

v. GRAEFE. No pai os sintomas da moléstia só chegaram à culminância, exigindo o recurso à operação, quando êle já atingira os 68 anos. Nos filhos, porém, o advento do glaucoma foi muito mais precoce, aos 45 anos de idade, num caso, aos 51 no outro.

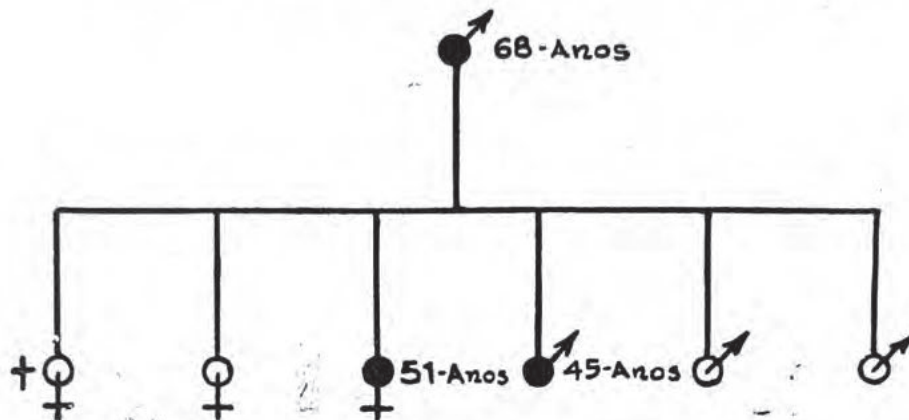


Fig. 1

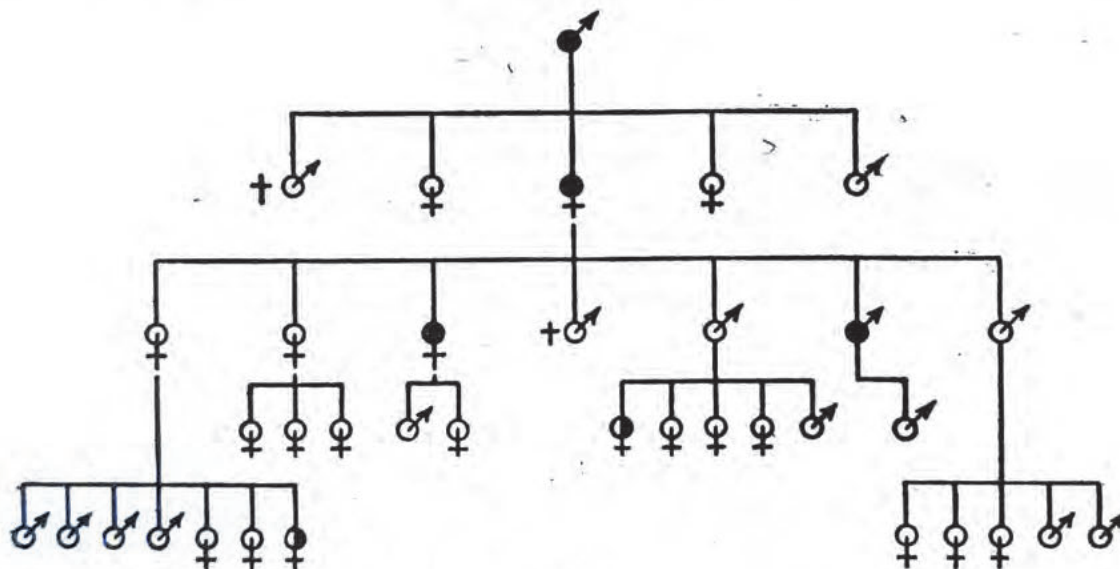


Fig. 2

O interesse da segunda observação reside no número de gerações nas quais o mal pode ser comprovado de maneira precisa. Sua representação gráfica mostra a semelhança que tem com a observação de PLOCHER (*). A observação de PLOCHER refere o glaucoma manifesto em 4 gerações sucessivas (ao todo 7 indivíduos acometidos), e o glaucoma prodrômico aparecendo na 5ª. Trata-se, ao que penso, da observação mais extensa, no tempo, de glaucoma familiar, ou hereditário, registado na literatura oftalmológica (**). A nossa, como se verá, comparando os gráficos (figs. 1 e 2), segue muito de perto a

(*) O gráfico da observação de PLOCHER poderá ser visto no "Traité D'Ophtalmologie". Tomo I. Pg. 946.

(**) É também a única referida por M. VAN DUYSE no seu já citado trabalho.

observação de PLOCHER, dela se diferenciando apenas pelo número de gerações que abrange (4 na nossa, 5 na de PLOCHER). Mas, como nossa observação se refere a uma família muito mais numerosa que a do autor germânico, a análise do modo como nela se distribuiu o aparecimento da doença, nas 4 gerações sucessivas, tem, neste particular, um interesse todo especial, maximé para ser comparada com a de PLOCHER.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1 — A. PETERS — “Das Glaukom” — Berlim — 1930.
- 2 — A. FRANCESCHETTI — “Die Vererbung von Augenleiden” — Capítulo do “Kurzes Handbuch der Ophthalmologie”, orientado por Schieck e Brückner — Vol. I — Berlim — 1930.
- 3 — DUKE-ELDER — “Text-Book of Ophthalmology” — Vol. I — 1941.
- 4 — GROENOUW — “Erbliche Augenleiden und Glaukom” no “Handbuch der gesamten Augenheilkunde” — 1920.
- 5 — LÖHLEIN — “Das Glaukom der Jugendlichen” — Graefes Archiv. 85, 393 — 1913.
- 6 — PLOCHER — “Beitrag zum juvenilen familiären Glaukom” — Kl. Monatsbl. f. Augenheilkunde — 60, 592 — 1918.
- 7 — FLEICHER — “Linsenmyopie mit Glaukom” — Kl. Monatsbl. f. Augenheilkunde — 53, 433 — 1914.
- 8 — MOURA BRASIL.
- 9 — MAGITOT — “Le glaucome primitif” — Capítulo do Vol. VI do “Traité d’Ophtalmologie” — 1939.
- 10 — CH. ABADIE — “Traité des Maladies des Yeux” — Paris — 1884.
- 11 — W. MACKENZIE — “Traité pratique des Maladies de l’Oeil” — 4.^a Edição — Traduzida do inglês pelos Drs. E. Warlomont e A. Testelin — Tomo II — Paris — 1857.
- 12 — CONS. JOSÉ ALBINO BARBOSA DE OLIVEIRA — “Memórias de um Magistrado do Império” — Revistas e anotadas por Americo Jacobina Lacombe — “Brasiliana” — Série 3.^a, Vol. 231 — 1943.
- 14 — KARL STELLWAG VON CARION — “Lehrbuch der Praktischen Augenheilkunde” — 4.^a Edição — Vienna — 1870.
- 15 — KOSTER — Redator do capítulo dedicado ao glaucôma na “Encyklopädie der Augenheilkunde”, editada pelo Prof. O. Schwarz — Leipzig — 1902.
- 16 — M. VAN DUYSE — Redator do Capítulo “L’Hérédité en Ophtalmologie” do Traité d’Ophtalmologie, da S. F. O. — Tomo I, pg. 946 — 1939.

A PROPÓSITO DE ALERGIA OCULAR

DR. CLOVIS PAIVA
Recife

No estudo da patologia ocular, o capítulo dedicado à Alergia, assume considerável importância, pois estamos a encontrar, a cada passo, o seu sinete, impresso, nas multifárias e caprichosas apresentações com que ela se localiza nos vários departamentos do órgão da visão. Às vezes são certas conjuntivites, rebeldes a todo tratamento e que cedem, espetacularmente, quando o seu portador deixa de usar uma determinada loção para o cabelo; outras vezes são os edemas angioneuróticos, que se localizam nas pálpebras de certas pessoas que fizeram uso de crustáceos; ora, são algumas formas de uveites graves, de prognóstico visual sombrio e que curam, milagrosamente, com microdoses de tuberculina...

A patologia geral tem contribuído, grandemente, para a solução de intrincados problemas clínicos, apontando, em muitos deles, a alergia como estrela de primeira grandeza.

Doenças, até bem poucos anos, de etiologia desconhecida, como por exemplo, a oftalmia simpática, são hoje rotuladas por alguns autores como de causa alérgica.

Entende-se por Alergia uma reação anormal dos tecidos, resultante de uma hipersensibilidade para substâncias específicas. Essas substâncias responsáveis pela hipersensibilidade são chamadas *alérgenos* e podem ser bactérias ou seus produtos, ou substâncias inertes, inócuas para o indivíduo normal.

Somente uma pequena proporção de indivíduos, mais ou menos 10 %, tem tendência para alergia e torna-se hipersensível após o contato com alérgenos.

Depois da hipersensibilidade tissidual estar estabelecida, qualquer outro contato das células sensibilizadas com o alérgeno específico resulta numa reação alérgica. Nessa especificidade se baseiam os testes cutâneos para o seu diagnóstico.

A possibilidade de reações alérgicas, no olho, foi primeiro demonstrada, em 1908, por NICOLLE e ABT, que observaram uma violenta inflamação oftálmica após uma injeção intra-ocular de sôro, em animais que haviam recebido êsse mesmo sôro, dias antes, em injeções intra-peritoniais. Essas experiências foram repetidas e confirmadas por inú-

meros outros autores, valendo destacar, entre êles, FUCHS e MELLER que em 1911 provaram, concludentemente, que os tecidos do olho podem ser, prontamente, sensibilizados; ou localmente; ou como parte de uma sensibilização geral; e que são capazes de violentas respostas alérgicas.

Dentre as substâncias ditas alergizantes são, os medicamentos, capazes de sensibilizar o organismo ou de provocar, quando administrados uma segunda vez, o desencadeamento de crises alérgicas. Enquadra-se nessa variedade o caso de J. G. da Silva, com 60 anos de idade, pardo, solteiro, pernambucano, residente em Santa Cruz, município de Taquaritinga. Deu entrada no Serviço de Olhos, do Professor Francisco Figueiredo em 18-6-42 e, sua ficha, tomou o número 30.242. Diagnóstico: Catarata, senil, completa, em ambos os olhos. Foi operado em primeiro lugar do O.E. pelo Prof. Figueiredo. Operação e post-operatório normais. Resultado visual, excelente. Medicamentos empregados antes, no decurso e depois da operação: Cocaina, Mercúrio-cromo, scurocaina, ezerina e atropina.

Um mês depois foi realizada a segunda intervenção, no O.D., que, como a do O.E., teve o Prof. Figueiredo como cirurgião. Essa segunda operação caracterizou-se por transtornos para o lado do estado geral do paciente, momentos após ter, êle, recebido a injeção retrobulbar de scurocaina. A operação foi coroada do mais completo êxito sendo, entretanto, interrompida de quando em vez, por causa do estado do paciente que apresentava suores profusos, pulso muito lento e dispnéa, tendo sido feita, em vista disso, uma injeção de um cardíaco. Essa perturbação para o lado do seu estado geral prolongou-se por todo o resto do dia agravando-se à noite, com o aparecimento de diarreia, estado nauseoso e vertiginoso. Conta o enfermeiro, que aplicou, durante a noite, uma injeção de óleo canforado e outra de Coramina porque as pulsações radiais estavam muito fracas. Felizmente, porém, quando na manhã seguinte removemos o curativo, encontramos, apenas, um pequeno hifema, como corolário de tão grande temporal.

Essa inopinada alteração para o lado do seu estado geral logo depois do início da segunda intervenção cirúrgica e que se prolongou por mais de 24 horas, levou-nos a pensar na possibilidade de uma alergia medicamentosa, adquirida para um dos medicamentos usados, igualmente, nas duas operações. Como ainda não víamos um caso semelhante, procuramos em nossa biblioteca algo que viesse afirmar ou negar essa nossa suposição. E com agradável satisfação encontramos no livro "Medicina Oftalmológica" de CHARLIN, os dados que nos

Somente, agora, as coisas se tornavam claras para nós. E com um pequeno raciocínio chegamos à conclusão de que o *alérgeno* deveria ser a Cocaina, pois, foi ela, a substância que usamos, em comum, com o nosso distinto colega que o atendera pela última vez.

DUKE-ELDER — Text-Book of ophthalmology — Vol. III, pag. 2.334.

ALAN C. WOODS — Modern trends in ophthalmology — Pg. 3.

L. H. CRIEP — Essentials of Allergy — 1945.

DUKE ELDER — Text-Book of ophtalmology — Vol. II, pag. 1.457.

C. C. CHARLIN — Medicina oftalmológica — pag. 289.

BRUGSCH — Tratado de Patologia médica.

JAIME PEREIRA — Manual de farmacologia.

R. ARGANARAZ — Manual de oftalmologia.

Lido na XIII reunião anual da Sociedade de Medicina de Pernambuco. Out. de 45.

Abcesso dentário-irite (e cristaloidite?) secundária

DR. NICANOR PREZIDIO DE FIGUEIREDO

Capitão Médico, Chefe do Serviço de Olhos-Ouvidos-Nariz-Garganta do Hospital Militar do Recife, Assistente Militar de Oftalmologia da Faculdade de Medicina do Recife.

Não foi o fato da infecção ocular oriunda de um foco dentário que nos levou a tornar público o caso em questão, mas, sim o aspecto clínico do quadro ocular, pelo interessante de sua apresentação, seguido de perto pelo desfecho terapêutico, onde o “restitutio ad integrum”, anatômico e funcional, foi o ponto final.

Provas fotográficas e em série dispensariam a descrição um tanto longa a que fomos obrigados a fazer, além de servirem para melhor documentação do caso. Infelizmente, nossa pobreza é quasi franciscana em aparelhagem especializada. Não podendo sanar tal dificuldade, ou melhor, deficiência, procuramos descrever com a maior fidelidade possível o que nos foi dado observar.

Além do curioso quadro ocular, vamos encontrar a prova cabal da etiologia da infecção, no resultado terapêutico. Apesar do paciente ser portador de sífilis, embora não evidenciada por uma exteriorização franca, a cura de sua doença ocular se processou sem que houvesse qualquer medicação antiluética. E é de admirar que um processo mórbido localizado no globo ocular de um doente com exame sorológico positivo para a sífilis, criando assim um “locus minoris resistenciæ”, não desse margem à sua localização aí, ou não fosse influenciado por ela. Doentes, doenças, ciência médica e sua prática...

Aquí está a nossa observação:

Antonio E. da S., solteiro, com 23 anos, moreno, pernambucano, soldado da 1.^a Companhia Independente de Infantaria.

Antecedentes Mórbidos Hereditários — Sem interesse para o caso

Antecedentes Mórbidos Pessoais — Nasceu a termo, parto normal. Teve sarampo e parotidite quando criança. Em adulto, blenorragia, adenite e cancro venéreo.

História da Moléstia Atual — Conta que há 7 dias, mais ou menos, começou a sentir dor de cabeça no lado esquerdo, tendo em seguida notado uma pasta no olho do mesmo lado que dificultava a visão, indo ao ponto de perdê-la por completo. De 2 dias para cá, o olho começou a lacrimejar e doer muito. Baixou ao Hospital Militar de Fernando de Noronha, de onde veio transferido para este Hospital, dando entrada às 19 horas do dia 11 de Abril deste ano, com os seguintes informes: — doente há 72 horas; diagnóstico: — hipopio O.E. — Afeção dentária.

Inspeção geral — Normolíneo. Boa nutrição. De anormal, notamos apenas o movimento de defesa que o doente fazia com a mão esquerda colocada sobre o O.E., que apresentava estreitamento da fenda palpebral, além de vermelhidão da conjuntiva bulbar. O exame da boca, mostrou-nos um péssimo estado dentário, havendo várias cáries do 3.º grau em grande número de dentes superiores e inferiores. Naqueles, chamava a atenção a hiperemia da mucosa da gengiva em relação com os incisivos superiores esquerdos, havendo dor à pressão a esse nível.

EXAME OFTALMOLÓGICO

Câmara clara.

Exame funcional:

Visão longe — O.D. — 1. O.E. — nula, ou melhor, o doente dizia que percebia um “clarão” quando acendíamos a escala de optotipos.

Exame anatômico:

O.D. — normal. O.E. — Regular blefaro-espasmo, com discreto edema palpebral. Lacrimejamento. Hiperemia conjuntival (palpebral e bulbar). Reação periquerática de mediana intensidade. Córnea transparente. Iris apresentando pontos esbranquiçados no ângulo córneo-iriano superior e inferior, semelhantes a um hipopio (daí o diagnóstico de hipopio firmado pelo colega não especialista de F. de Noronha), além de outros situados na sua face anterior, a igual distância do bordo pupilar e de sua raiz, na altura de 11 e 1 hora. Em lugar do negro do campo pupilar, havia uma formação anormal, esbranquiçada, como que pinçada pela pupila em contração, lembrando uma hérnia de cristalino ou uma sub-luxação do mesmo. Tal formação

apresentava pequenos movimentos quando o globo ocular se movimenta-
va. Após dilatação pupilar pela atropina (depois que examinamos o
doente na câmara escura), tais movimentos desapareceram. A neo-
formação mostrou-se de contorno irregular, piriforme, alongada na
direção das 3 horas. Todo o bordo pupilar da íris estava livre e per-
feitamente circular.

CÂMARA ESCURA

Exame funcional:

A. O. — Reflexos diretos, indiretos, de acomodação e conver-
gência, normais. O reflexo de acomodação do O.E., sem visão, foi
conseguido mandando o paciente olhar para longe e em seguida para
a ponta do seu dedo colocada a 25 centímetros do seu globo ocular.

Exame anatômico:

O.D. — Normal. O.E. — Havia maior realce nas perturbações
assinaladas no exame na câmara clara. Após dilatação da pupila pela
atropina, notamos que a periferia do cristalino era transparente, di-
zendo o paciente ter melhorado da visão, o que foi comprovado depois
na câmara clara, pois conseguiu ler 1/4 da escala para longe. À ilumi-
nação oblíqua, a neoformação tinha o aspeto leitoso e fazia proemi-
nência na câmara anterior, olhando-se de perfil. O polo posterior não
podeu ser visto com facilidade em virtude da perturbação central do
cristalino. Podia-se ver um pouco do f.o., não o suficiente para se
fazer um perfeito juízo de suas condições.

Diagnóstico — O péssimo estado de seus dentes, levou-nos a
pensar numa irite oriunda de um foco dentário, pensamento êsse que
foi plenamente confirmado quando da retirada do dente e foco res-
ponsaveis, apesar de uma pequena melhora conseguida com a aplicação
do Protinjetol B (uma ampola).

E a neoformação existente na face anterior do cristalino, que
seria? Um exsudato organizado e a ela aderente, vindo da íris, ou
uma participação direta do epitélio da cristaloide anterior, também
secundariamente atingido? Uma irido-cristaloidite, então?

Seria absurdo pensarmos numa infecção da cristaloide por via
sanguínea, uma vez que sabemos ser sua nutrição feita por intermédio
do humor aquoso, não havendo vasos sanguíneos na sua anatomia;
porém, não devemos desprezar a relação de contiguidade entre ela e

a face posterior da íris. O aspeto piriforme da neoformação com sua parte mais fina situada na direção das três horas, atesta ter sido aí sua origem. Não resta a menor dúvida, no entanto, quanto à participação tão somente do epitélio da cristaloide, visto a integridade do tecido próprio do cristalino que, se atingido, teria dado margem ao aparecimento de uma catarata como reliquat do processo inflamatório, o que não se verificou.

Prognóstico — Reservado, de início, modificou-se para favorável com a evolução do caso.

Terapêutica e marcha da moléstia — *Dia 12-IV-45* — Duchas — Atropina — Pomada de sulfamida ocular. Protinjetol B, uma ampola. *Dia 13* — Apresenta melhora das dores oculares. Foi examinado pelo cirurgião-dentista Sebastião Ferreira, o qual fez radiografias dos I.S.E. Fez tratamento ocular de rotina. Visão $\frac{1}{4}$. A neoformação cristaloidiana estava reduzida de 20 % do seu tamanho primitivo. *Dia 14* — Resultado da radiografia dentária: — “Grande abcesso do incisivo lateral superior esquerdo, com infiltração para o incisivo central do mesmo lado”. Em face disso, o cir.-dentista fez a avulsão do dente do abcesso, com curetagem do alveolo. Tratamento ocular de rotina. Protinjetol B. Comprimidos de sulfamida de 0,50 — 8 por dia. *Dia 16* — Visão $\frac{1}{2}$. Neoformação reduzida de 50 % do seu tamanho inicial. Percebe-se à iluminação oblíqua o contorno do seu limite máximo de crescimento. A parte onde houve a reabsorção, mostra-se ligeiramente opaca. Tratamento ocular de rotina. Protinjetol B. Comprimidos de sulfamida — 6 por dia. *Dia 17* — Colheita de sangue para reação de KAHN e WASSERMANN (quasi que sistematicamente fazemos isso afim de averiguarmos a incidência da sífilis nos nossos doentes). Visão $\frac{1}{2}$. *Dia 18* — Resultado do exame de sangue: positivo. Tratamento ocular de rotina. Protinjetol B. Comprimidos de sulfamida — 6 por dia. Visão $\frac{1}{2}$. Desaparecimento quasi completo da neoformação. *Dias 19 a 30* — Tôdas as reações que o paciente apresentava desapareceram. A visão foi melhorando gradativamente, passando a $\frac{2}{3}$ no dia 24 e a 1 no dia 30. Neste dia, um exame à iluminação oblíqua nada revelou na cristaloide anterior. Também no primeiro tempo da oftalmoscopia indireta, não notamos qualquer perturbação à passagem dos raios luminosos refletidos do fundo do olho. Alta curado. Levou medicamentos para o tratamento antilúético.

Recife, Setembro de 1945.

A tuberculinoterapia na tuberculose ocular *

EVALDO CAMPOS

Não trazemos novidades a esta assembléia. O pequeno trabalho que apresentamos vale como homenagem modesta ao empreendimento dos oftalmologistas baianos, o quinto da série tão auspiciosamente iniciada em São Paulo em 1935 e ora reatada depois das dificuldades oriundas do último conflito mundial.

O assunto é antigo, datando de 1890 as primeiras experiências da terapêutica tuberculínica "*in anima nobili*". Continúa porém na ordem do dia pelos brilhantes resultados obtidos pelos oculistas que dela se socorrem. Se o trazemos à discussão do plenário é porque ainda notamos em nosso meio retraimento, hesitação e mesmo temor no emprego das tuberculinas para o tratamento das doenças ou afecções oculares.

Poucos entre nós se resolvem a aplicá-las convenientemente; ainda assim, dentre êstes, alguns deixam a sua administração a cargo do clínico ou do tisiologista, não seguindo por isto, com a devida assiduidade a evolução do caso, passando despercebidas pequenas alterações do estado ocular não observadas pelos olhos menos experimentados daqueles e de grande valor para o prosseguimento da terapêutica.

Empregadas inicialmente as tuberculinas pelos tisiologistas em casos de tuberculose pulmonar aberta, em doentes em mau estado de nutrição embora não em fase de anergia, provocavam elas reações focais sérias, muitas vezes levando à morte rápida pelo agravamento das lesões. Abandonadas por êste motivo, voltaram a ser empregadas exatamente pelos oculistas, que com as devidas cautelas, tiram o melhor proveito de seu emprego. E por casualidade, como em certos doentes portadores de outras doenças além da ocular, aquelas eram beneficiadas grandemente, passaram a ser empregadas de novo pelos clínicos na asma, na ozena, nas adenopatias, no reumatismo, etc.

Nosso contacto com as tuberculinas vem de longe. Quando estudante víamos o seu uso pelo Dr. Edilberto Campos e também as apli-

* Trabalho inscrito em 26-IV-46 para o V Congresso Brasileiro de Oftalmologia, reunido em Salvador, Baía, e que deixou de ser lido em sessão por não ter sido programado.

cávamos sob a sua direção. E continuamos a usá-las com os necessários cuidados, não fazendo uma panacéia, procurando com elas tudo curar, mas selecionando os casos com resultados muito satisfatórios e que nos estimulam a continuar o seu emprego.

Não é hábito nosso considerar cada lesão ocular de natureza sifilítica ou de origem focal, como não rotulamos sistematicamente de tuberculosa. Muitas vezes o paciente extirpa os focos, tem o seu WASSERMANN positivo e faz o tratamento anti-luético, ao lado da tuberculinoterapia, esta medicação variada só lhe trará benefícios.

A princípio usávamos a tuberculina T.O.A., fabricada pelo Instituto Oswaldo Cruz. Tendo sido suspensa a sua fabricação, por motivo que ignoramos, muito lamentável aliás, passamos a usar tuberculina antiga de KOCH (T.A.K.), preparada pelo Instituto Behring de Terapêutica Experimental (Bayer-R. D. Gerardo 42, Rio de Janeiro), que fornece empoas de 1 cm.³ de tuberculina antiga. Esta é o “produto do metabolismo e os extratos solúveis dos bacilos tuberculosos humanos, e é constituída pelo filtrado, isento de germes, reduzido a 10 % do volume primitivo, de culturas de bacilos tuberculosos mortos pela ação do vapor”. A T.O.A. é o “filtrado não concentrado de cultura de bacilo tuberculoso humano, completamente desprovido de bacilos, contendo apenas os produtos metabólicos encontrados no caldo de cultura (toxina) e desprovido da endotoxina, somente separável do bacilo em altas temperaturas”. Um centímetro cúbico de T.O.A. (Tuberculina original antiga) corresponde a 0,1 cm.³ de T.A.K. É menos tóxica por ser isenta da endotoxina. Com esta, e com aquelas, temos obtido bons resultados. É natural que o uso da T.A.K. exige maior cuidado e as doses devem ser aumentadas em menores saltos.

Outras espécies existem, tuberculina sem albumoses, a neotuberculina com ou sem emulsão bacilar, tuberculol de LANDSMANN, tuberculina de KLEBS, de BÉRANEK, de ROSENBACH, de CARL SPENGLER, de DENY, de CALMETTE e as misturas com cloreto ferroso, iodo, ou arsênico, etc., etc., das quais só temos conhecimento pela citação de outros.

Após indagação aprofundada dos antecedentes pulmonares do paciente e ascendentes, mas tão velada quanto possível, praticamos a injeção intradérmica de 0,1 cm.³ da solução a 1:1000 de T.A.K. ou da solução a 1:100 de T.O.A. Dizemos sempre ao doente ser uma vacina, jamais lhe referindo a verdadeira natureza. Lemos o resultado passadas 48 horas. No caso de ser positiva a reação, iniciamos

o tratamento. Se negativa, repetímo-la com solução 10 vezes mais forte. Algumas vezes, apesar de negativa esta segunda injeção, quando o aspecto da lesão faz supor de natureza tuberculosa, começamos a injetar doses crescentes por via intramuscular, ao lado de outros medicamentos por acaso indicados.

Entramos assim na questão das doses, bastante controvertida. Temos tratado um número já considerável de doentes em bom estado geral, portadores de pseudo-flictenas, esclero-queratites, esclerites, irites, uveites, corioretinites — sem jamais encontrar reação geral ou focal desagradável ou de maior gravidade. Aliás, esta era a opinião de UHTHOFF, entre outros. Emitimos tal afirmativa certos de que poderemos provocar uma reação da parte dos colegas, mas é a pura verdade. Fazemos a curva ponderal, que quasi sempre mostra immediata ascensão. Indagamos se existiu reação causada pela injeção, se houver mal estar, elevação da temperatura. Examinamos o foco ocular e quasi nunca pedimos o auxílio do tisiólogo. Sempre que possível, pedimos a curva térmica, difícil de se obter em doentes de ambulatório e de situação econômica precária. Contraindicamos as injeções na vigência de qualquer resfriamento ou surto gripal, que porventura assalte o paciente. E adotamos como dose inicial 0,05 ou 0,1 cm.³ da sol. a 1:1000 de T.A.K. (portanto 1/20 ou 1/10 de miligramo de tuberculina) intradérmica, geralmente repetindo a dose ao injetar no músculo. Não havendo reação geral alguma (frequentemente aparecem melhoras objetivas e subjetivas), dobramos a dose, a daí, somamos progressivamente 0,2 cm.³ à dose anterior: 0,2-0,4-0,6, etc. da sol. 1:1000, repetindo sempre a dose ao passar da solução mais diluída para a solução mais concentrada, isto é, 1 cm.³ da sol. a 1:1000 e 4 dias depois, 0,1 cm.³ da sol. a 1:100. Damos as injeções de 4 em 4 ou 5 dias, repetindo a última dose se houve reação, ou diminuindo se esta foi mais forte. Os primeiros sintomas de aproveitamento são o desaparecimento da epífora e da fotofobia nas lesões do segmento anterior.

Bem sabemos que para certos autores estas doses são fantásticamente fortes. Muitos colegas adotam o método de VITÓN, especialista argentino que em 1922 começou a empregar para diagnóstico e tratamento de tuberculose, diluições extremamente grandes de tuberculina; outros, como TORRES ESTRADA, do México, CHARLIN e sua escola, no Chile, ainda usam soluções mais diluídas, chegando a empregar diluições que podem ser expressas pela unidade precedida de 20 ou 30 zeros (10^{-20} ou 10^{-30}). Em resumo, o método de VITÓN

para o diagnóstico da tuberculose se baseia na observação das reações provocadas pela injeção de tuberculina. Se não existe qualquer reação local, focal ou geral, é considerada negativa. Se se observa melhoria da lesão e do estado geral, com elevação do peso, sem aumento da temperatura, diz-se reação de VITÓN positiva. No caso de haver febre, reação local, queda de peso, agravamento do foco inflamatório, tem-se a reação positiva de KOCH.

Mesmo para doentes oculares com ótimo estado geral, aconselha TORRES ESTRADA o emprego das grandes diluições. As melhoras obtidas foram tão consideráveis, no seu dizer, que enveredou por outros territórios, tratando ozenosos, asmáticos, portadores de otites, de sinusites, de osteites, adenopatias, de tuberculose da laringe e tuberculose pulmonar com resultado animador, às vezes “verdadeiramente espetacular”.

Também temos estes casos espetaculares entre os nossos doentes.

Um deles, H.V., matriculado sob o n. 21.092, procura-nos em 15-IV-45 com uveíte de muitos precipitados no vítreo e aquoso, além de grande depósito no endotélio corneano. Havia hipertensão. Fizemos uma reação de MANTOUX e pedimos as reações de WASSERMANN, KAHN e KLINE, enviando-o ao dentista para a extração dos focos dentários. Dois dias depois voltava com a reação de MANTOUX fortemente positiva. Continuava o olho hipertenso, achando-se a pupila ligeiramente deformada. Prescrevemos atropina, apesar da hipertensão, injetando novamente 0,00001 gr. no derma. Acentuaram-se as melhoras, tanto focais como do estado geral, a tal ponto que houve um aumento de 4.700 grs. em 18 dias. A visão que era de vultos a 50 cms., passou a 0,50, chegando a 1,50 em 11/V. Neste ínterim, vieram os resultados das reações sorológicas para a sífilis — tôdas negativas. Os dentes só começaram a ser extraídos em 10/V, em vista de ser necessário preencher vários itens burocráticos até chegar ao dentista... Este doente tomou 0,1 de miligramo em 20/IV, 0,2 em 24, 0,4 em 29, 0,6 em 3/V, 0,8 em 7 (V = 0,5), 1 miligramo em 11, 2 em 15 e 4 em 22, estando curado, com V = 1.50.

Entre outros casos de resultados muito satisfatórios, citaremos alguns mais recentes, começando por D. Alzira S., esposa do Sr. A. P. S., apresentada a exame dos colegas da Soc. Bras. de Oftal. na sessão de 19 de Setembro do ano passado, em pleno período agudo de esclero-quérato-irite grave do O.D. Na história da paciente não lobrigamos contágio familiar. Em 27-X-42 procurou-nos por um nódulo de pseudo-flictena limbar, às 12 horas do O.D., rapidamente curado.

Tornou à consulta em 27-VII-45 com o que foi diagnosticado nódulo de episclerite, no meridiano de 11 horas e a uns 3 a 5 milímetros do limbo. Estava em uso de Gadusan havia algum tempo. Fizemos uma reação de MANTOUX com T.A.K.; sendo ela positiva, iniciamos o tratamento com a mesma tuberculina. Em 10-VIII a córnea era invadida pelo processo inflamatório, progredindo a infiltração pouco a pouco, formando-se um tubérculo na íris, em meados de Setembro, acompanhado de um nódulo em pleno parênquima da córnea. Depois, houve regressão rápida até 26-IX, quando o ganho ponderal era de 2.750 grs. Visão normal. Em Janeiro de 1946, voltou com novo nódulo corneano, próximo ao limbo, no meridiano de 2 horas, estando a córnea infiltrada por massas esbranquiçadas parecendo flocos de algodão. Suspeitando de lipoidose da córnea, pedimos a dosagem do colesterol sanguíneo, informando-nos o laboratório ser de 3,40 gramas por litro. Iniciada a dieta livre de gorduras, vem a doente a perder o peso ganho com o tratamento anterior, embora reiniciássemos a tuberculinoterapia. Atualmente, acha-se a córnea totalmente transparente, salvo no local do segundo nódulo. Visão igual a I.

Outro caso de uveíte com hipertensão que nos chegou às mãos um pouco tarde, mas que reagiu muito bem à tuberculina, foi o de D. Altamira, esposa do Sr. J. S. C., examinada a primeira vez em 29-III-45. Vinha ela de outra clínica onde tomara 5 injeções de 914 (ignora as doses). Além da uveíte, havia queratite parenquimatosa com muito exagerada fotofobia, a ponto de não serem suficientes os óculos escuros, cobrindo a doente os olhos com as mãos. Quando descobertos, apesar do bléfaroespasma, desencadeava-se uma série de espirros acompanhada de abundante hidrorréia nasal. A reação de MANTOUX foi fortemente positiva e a tuberculinoterapia iniciada com maiores cuidados com T.O.A., por se achar grávida a paciente, permitiu que em princípios de Maio a doente já pudesse encarar a luz do dia sem óculos e sem espirar. A epífora desapareceu, normalizando-se o oftalmotono. As 4 últimas doses foram de 0,1 gr. de T.O.A. com intervalos de 4 ou 5 dias, recebendo um total de 1,024 grs. até 3-VII. Em 18-IX deu à luz uma criança robusta, aparecendo-nos a exame em outubro, andando só, muito satisfeita, embora com leucomas bastantes extensos e a íris do O.E. parcialmente atrofiada.

Hilário T.C., Noemia, esposa de P.C.J., Dilsa P.N.O. e Maria de Lourdes D. eram candidatos à enucleação de um dos olhos por se apresentarem com os globos oculares doentes doloridos, muito hipotensos, íris em atrofia e catarata complicada, além de fotofobia e lacri-

mejamento, em resumo, olhos simpatisantes em potencial. Antes de indicar a operação, e como nos revelassem reações de MANTOUX fortemente positivas, resolvemos iniciar a tuberculina, obtendo como resultado o desaparecimento da hiperemia conjuntival e das moléstias subjetivas, permitindo a conservação dos respectivos olhos em condições aceitáveis, sem criar o complexo que com tanta frequência se instala nos portadores de prótese, mormente moças como as duas últimas.

Ainda outro caso de uveíte deve citação pela rapidez da cura. Alvaro G.S.G. é examinado em 19-VII-45 com uveíte recente no O.E. Visão de 0,3. MANTOUX positiva forte. Em 20, nova injeção intradérmicas. Em 26, visão 0,75; injeção intramuscular de 0,0005 de T.O.A.; em 3-VIII, 0,001, V =; em 7-VIII, 0,002; em 13, T.A.K. intradérmica, 0,1 cm.³ da sol. 1:1000, V = 1,5, tomando 0,0001 intramuscular em 17 e mais 0,0002 em 21 e 27-VIII, obtendo alta em 31, depois de outra injeção de 0,0004.

Nas conjuntivites e quérato-conjuntivites pseudo flictenulares, que geralmente desaparecem mesmo sem tratamento, a tuberculina não tem similar na rapidez da cura, é muito sabido, mas útil que se relembre. Além de reduzir o período do tratamento, em alta porcentagem dos casos evita a recidiva. Temos tratado um grande número de crianças no Hosp. José Carlos Rodrigues (Policlínica de Crianças), na Caixa e na clínica particular, além de muitos adultos, mesmo quando negativa a reação de MANTOUX, com ótimo proveito. Aliás, é bom recapitular as palavras de ELCIRA PINTICART: "Lo único que nos afirma la etiología tuberculosa de la afección ocular es el tratamiento tuberculínico, que la mejora". Em outras palavras, é a reação de VITÓN positiva. A escola chilena de CARLOS CHARLIN tem mesmo abandonado a prova de MANTOUX por desnecessária, e, dizem os colegas andinos, por perigosa, de vez que a dose injetada no derma é muitíssimo superior à que aconselha VITÓN. Estamos de acôrdo com tal procedimento, não esperando pela positividade da reação para iniciar a tuberculinoterapia quando a lesão nos parece de natureza tuberculosa. A alta porcentagem de MANTOUX positivas entre os adultos faz com que seu valor diminua, sobressaindo a reação de VITÓN positiva como o melhor meio de se ajuizar do resultado terapêutico.

E ao terminarmos estas rápidas considerações, insistimos junto aos colegas que ainda não a empregam, no sentido de adotarem a tuberculinoterapia em oftalmologia para maiores benefícios levarem a seus pacientes e consequentemente maiores êxitos conseguirem.