

Sob o ponto de vista da etiologia das anirídias, do que sabemos, tudo permanece no terreno das hipóteses.

Duke-Elder (8) faz um estudo crítico das hipóteses mais plausíveis dentre um total que se eleva a mais de dezesseis.

O mais lógico seria admitirmos, com aquele autor, a possibilidade de dois mecanismos diferentes gerar a mesma anomalia, desde que, até o momento, as provas anatômicas não são suficientes para decidir entre ambas as teorias.

Assim, teríamos: a) anirídias resultantes da falta de desenvolvimento do ectoderma retiniano ao nível da bórda da vesícula óptica; em favor dessa hipótese está o argumento da aniridia vir sempre associada a outros defeitos ectodérmicos.

Em outros casos: b) a anomalia seria a expressão de um desenvolvimento aberrado do mesoderma vascular, em consequência de uma obstrução mecânica do desenvolvimento da íris, causada pela persistência da cápsula fibro-vascular do cristalino.

B I O G R A F I A

- (1) VAN DUYSE — Enc. Franc. d'Opht. — Vol. II — pag. 383 — 1905.
- (2) IN VAN DUYSE ob. citada.
- (3) IN VAN DUYSE ob. citada.
- (4) DESPAGNET e H. NIMIER — Traité élémentaire o'Opht. — pag. 208 — 1894.
- (5) RISLEY — Jour. Amer. Association — pag. 1310 — 1915.
- (6) MOSCARDI P. — Contribution a la connaissance de aniridie congenitale — Archs. d'Opht. — pag. 651 — 1937.
- (7) MATSUYAMA — Deux arbres genealogiques d'aniridie congenitale — Archs. d'Opht. — pag. 544 — 1938.
- (8) DUKE-ELDER — Text-Boock of Opht. — Vol. II — pag. 1298 — 1939.

OFTALMOPATIAS DE NATUREZA TUBERCULOSA (*)

A. PAULO FILHO — Rio de Janeiro.

Snr. Prof. Moacyr Alvaro. Devo a vossa delicada iniciativa a honra de defrontar-me com os vossos alunos, no início de suas atividades escolares. Ao receber o vosso convite, senti que a oportunidade oferecida, tinha como objetivo facultar-lhes o ensejo de ouvir instruções claras e praticas acerca de alguns dos problemas angulares de nossa especialidade. Não foi difícil escolher o assunto — OFTAL-

(*) Aula inaugural pronunciada na Escola Paulista de Medicina, no dia 17 de Março de 1942.

MOPATIAS DE NATUREZA TUBERCULOSA — mas não me pareceu tarefa muito simples, desemaranhar, no seio de tão intrincado problema, a ordem logica dos fatos principuos, nem tão pouco desbastar as duvidas que se avolumam em torno de cada questão desmembrada.

Mas, é dever dos que abraçam o magisterio, afrontar as duvidas, esgarçando-as, o mais possivel, á luz dos fatos contemporaneos; alinhar os problemas, em disposições acessiveis; espalhar as idéas novas ou agitar as que sobrevivem, em beneficio daqueles que querem aprender para bem servir a Humanidade.

Essas as razões que concertaram a minha determinação de comparecer diante de vós, perante eles, e esses os caminhos que me levaram a escolher o velho tema que nos atribula agora, e que os angustiará, multiplicadas vezes, no amanhã de suas atividades.

Não venho vos dizer cousas novas, filhas de original experimentação, nem expôr ao carinho de vossa atenção conceitos e doutrinas que desconheças.

Trago-vos, numa exposição singela, rapida e sem atavios, a focalização de fatos e elementos tão vivos e palpitantes como os surpreendemos no trivial de clinica, entre a confusão das queixas dos doentes e as duvidas profundas que se abrem em nosso espirito ao pretendermos interpretar-as.

O conhecimento da natureza das enfermidades humanas, como verdadeiro anhelos da ciencia, tem preocupado, em todos os tempos, o espirito dos que mourejam na velha medicina dos deuses e dos homens.

A ciencia para bem servir a este designio, se organiza e aperfeiçoa, pondo a cada instante, á altura das realizações uteis, metodos, principios e doutrinas que formam a base da medicina, ativa na arte de curar, luminosa no que arquiteta para interpretar.

Interessado pelos problemas da especialidade, nos albores de nossa formação, tivemos exposto á meditação e a aplicação imediata, todo um manancial de idéas promissoras, vislumbrando aplicações efficientes e realizações de utilidade geral.

As dificuldades de adaptação para logo surgiram, desvanecendo-nos das formulas, das abstrações, das generalizações.

O que nos ficou, do estirão em que nos permitimos forjar conceitos pessoaes acerca das cousas e dos fatos, foi um palido bosquejo do que nos disseram, ensinando, para que depois, aprendessemos praticando.

E, hoje, quando o destino nos põe nesta altura, determinando que ensinemos áqueles que irão praticar, vemos que não são muitos os caminhos que se acham abertos aos rumos da nossa orientação.

Eu vos disse ha pouco, que a identificação da natureza dos processos morbidos constitue e constituiu sempre um problema fundamental em medicina.

Não é só um problema teorico senão também o mais pratico de todos com que nos deparamos na hora de nossos ajustes profissionaes com a realidade.

No que diz respeito á oftalmologia, é curioso verificar como a esquematização se torna admiravelmente possível, permitindo ordenar o espirito que investiga e os agrupamentos morbidos que desejamos isolar para identificar.

Esta ordenação se não é tudo, na árdua tarefa de deslindar complexos etiopatogenicos, constitue sem duvida, uma das condições indispensaveis para que se torne possível dispor os problemas em termos racionaes, dirigidos para uma solução.

Se puzermos de lado um sem numero de agentes causaes, facilmente identificaveis graças aos elementos fornecidos pela ectoscopia e outros complementos semioticos, veremos que as enfermidades cronicas, desenvolvidas no seio das estruturas oculares e em muitos de seus anexos, têm como responsaveis: a sífilis, as infeções focaes e a tuberculose.

Admite-se, em geral, que todas as toxi e septemias podem interessar, em localizações secundarias, o aparelho da visão e seus anexos. A brucelose, em estudos mais recentes, tem sido dada como responsavel, em pequenos numero de casos.

Contudo, o aspeto das lesões apreciadas já nos orienta de certo modo, no sentido de obtermos uma impressão geral, no que tange á etiologia. Mas, o vago e o incerto deste criterio impõem não sejam estes elementos levados á conta de verdadeiros fatores de identificação causal.

Urge, na escolha dos metodos de apreciação ,recorrer áqueles que possam ser utilizados com mais segurança e melhores possibilidades.

A **sífilis**, em que pese a opinião de mestres do passado e do presente, cada vez mais decresce de valor e de interesse como agente etiologico a ser levado em conta. Não quero dizer com isso que a referida infeção poupe o aparelho da visão, mas sim que a sua incidencia é percentualmente muito inferior á das duas outras causas referidas. Criou-se o mito da sifilização generalizada, com a qual se pretendia explicar a natureza de quasi todas as doenças da economia. Edificou-se com ele todo um monumento etiologico ,fazendo com que as gerações o conduzissem, nos andores de seus devaneios, levados quasi á obcessão.

Por feliz coincidência acha-se presente, neste recinto, o Dr. Durval Rosa Borges, que acaba de publicar notavel trabalho de pesquisa sobre a incidencia da lues entre os funcionarios dos Bancos desta Capital, concluindo pela existencia de 31% de positividade, isto é, de casos de sífilis diagnosticavel.

A pratica nos ensinou que, em oftalmologia a porcentagem era menor ainda, e que era necessario procurassemos em outras fontes as causas das infeções intra-oculares.

*
* *

No mundo novo das infeções focaes encontramos melhor ritmo no que diz respeito às relações existentes entre os fatos teoricos e a lição da pratica. Compreendemos, então, quão proveitoso seria investigar até onde se podia manter este ponto de vista. A remoção de fócios, fazendo desaparecer, quasi que espetacularmente, inflamações agudas e latentes, antes tidas como sifiliticas, era indicação muito clara do valor etiologico deste novo elemento. O seu estudo teorico se harmoniza deste modo, com as verificações da clinica. O fogo de infeção: o terreno sobre o qual ele evolve; as afinidades eletivas, nas afeções sistematicas; a transmutabilidade reversivel de certos agrupamentos microbianos (Schottmuller, Rosenow, Billings, etc.); as vias de transmissão; a veiculação hemosporica de Dupuy-Dutemps —, tudo isso se acha dentro de uma relativa harmonia, no que diz respeito às interpretações formuladas.

Novos estudos, apreciando as mutações processadas nos elementos que se defrontam no organismo, — inflamação e órgão — justificam, pelas reações da componente neurovegetativa, a serie de fenomenos apreciados á luz de analise mais cerrada, como a **anoxia** (Barkan), as reações alergicas, as distrofias, as degenerações, etc.

A mobilização do aparelho reticulo — endotelial, com sua distribuição universal, estabelecendo a continuidade das reações apreciadas, permite sejam melhor interpretados fatos clinicos, histopatologicamente, bem fundamentados.

E das reações nodulares, difusas ou com repercussão geral preponderante, que esta luta fez nascer, surgirão sintomas e sinais graças aos quais poderemos identificar os fócios procurados.

*
* *

TUBERCULOSE — Não é possivel falar em tuberculose ocular sem fazer referencia a estes dois fatores que acabam de ser enumerados, pois quasi sempre o diagnostico se faz por exclusão.

De um modo geral, o problema da variação das manifestações da tuberculose, poderia ser exposto á solução, de acordo com os elementos fundamentaes de que dispomos para apreciar a ação dos germens e as reações que o organismo lhes opõe.

Talvez assim, como aliás se tem pretendido em trabalhos clinicos e experimentaes, seja possivel explicar as presumidas extravagancias das formas e da fixação eletiva do germen, suas toxinas e seus elementos allergenicos, sobre tecidos, orgãos e sistemas.

O bacilo de Koch tem o pêso aproximado de 25 centesimos de milionesimo de miligrama. Num miligrama de cultura contam-se, pelo menos, 40 milhões de bacilos. Em cada bacilo se encontram cerca de 50% de substancias albuminoides, 40% de gorduras e 10% de outras substancias.

Verifica-se, em provas experimentaes de inoculação, que **os fosfatídios** de bacilo produzem **monocitose** e favorecem a formação de **celulas epitelioides**; **os protídios hidros-solúveis**, são responsaveis pelo aparecimento de hemorragias locais, mobilização das celulas plasmaticas, e, tudo faz crer, funcionem como verdadeiros antigenos nas reações serologicas. Observou-se, igualmente, que a inoculação do **polisacaridio de Laidlaw**, dá lugar ao aparecimento de fenomenos depressivos.

A ação das toxinas elaboradas pelo germen explica outros fenomenos reacionaes, multiplos em seu aspeto clinico e nas manifestações histologicas que provocam.

E' possivel que, no futuro, os estudos encaminhados nesta direção nos tragam novas luzes com as quaes possamos clarear as incertezas existentes nesta faceta interessante do problema da tuberculose.

*
* *

Os trabalhos realizados no sentido de determinar a incidencia da tuberculose, como agente morbido, levando em consideração todos os elementos ponderaveis — uns integrados nas particularidades das reações de cada enfermo, outros inherentes ás propriedades fundamentaes dos germens, outros enfim decorrentes das influencias do meio, demonstraram que a infeção bacilar em apreço se acha de tal modo difundida entre as raças, as classes, e os agrupamentos humanos que quasi seria possivel concluir pela existencia de tuberculose em todos os adultos e adolescentes.

Os diversos modos por que a infeção se instala e evolue, condicionando a possibilidade de manifestar reações defensivas oportunas e eficazes, explicam a razão de ser das varias formas e localizações.

Si todo o adulto é tuberculoso, portador de uma tuberculose vencida ou em evolução, porque não pensamos mais frequentemente nessa infeção, quando diante das enfermidades organicas de natureza infetuosa?

Porventura alguem poderá dizer que todo adulto ou adolescente é sifilitico? ou portador de infeção focal em atividade hemospórica?

Ao em vez de se “pensar tanto” na eventualidade da lues, dever-se-ia levar em melhor conta a **natureza morbigena da tuberculose, mais generalizada, mais comum e mais constante.**

Infelizmente, porem, as relações existentes entre a infecção tuberculosa possível e as lesões orgânicas observadas, não podem ser estabelecidas de um modo direto, isentas de dúvidas.

Quando muito, sabe-se que tal lesão evolui no organismo de um doente portador de infecção tuberculosa, latente, antiga ou em plena florescência. Os meios a que recorreremos, baseados em fatos teóricos ou teórico-práticos, não podem nos fornecer elementos sólidos, para a determinação exata, precisa, insofismável do elemento causal.

Acresce ainda que, ao lado das manifestações conhecidas em patologia ocular como de natureza tipicamente tuberculosa, um sem número delas, constituindo entidades morbidas reaes, forma agrupamento heterogêneo, passível de discussões, sem classificação exata, sem característica histopatológica ou bacteriológica e que no entretanto, tudo nos diz, são de natureza tuberculosa e são, em geral, benignas, no que diz respeito à generalização do processo, chegando mesmo a curar-se espontaneamente; não se encontram bacilos ao nível de suas lesões, cujo aspecto histológico ora é o do folículo típico abacilado, ora sem células gigantes ou epitelioides, ora apenas com a reação linfocitária. Enfim, desenvolve-se, sempre, em organismos isentos de tuberculose pulmonar evolutiva.

Apesar do que têm de imprecisos as contingências nos obrigam a recorrer a tais meios, na ausência de outros mais exatos. De qualquer modo o estudo do estado geral se impõe, norteando a orientação semiótica, e então, de um lado coligimos as informações do exame clínico e radiológico, colocando de outro lado os elementos obtidos nas provas humorais. Todos os observadores verificam que a tuberculose ocular aparece sempre, em organismos, isentos de outros processos viscerais em evolução, ou por outra, em organismos que se acham no limiar das formas ativas e que podem ser tidos como **pequenos tuberculosos ou tuberculosos latentes.**

Gomes Marques, Werdemger, Vidaur, Lagrange, etc. concordam com este ponto de vista, chegando a concluir (Gomes Marques), que **os portadores de oftalmopatias tuberculosas só excepcionalmente morrem de tuberculose pulmonar.**

Este autor baseou as suas conclusões em fatos que nos obrigam à meditação. É que, examinando perto de 7000 conscritos suspeitos de pneumopatias fímicas, encontrou 90% deles com lesões pulmonares evolutivas, sem que poudesse observar um só caso de tuberculose ocular. E ainda mais n'um outro conjunto de 11.500 comuns, de ambulatório oftalmológico, nos raros casos em que as oftalmopatias eram inegavelmente tuberculosas, a inexistência de “**tuberculose visceral**” fôra registrada.

Werdemberg-Witkina e Maklacowa observaram que a tuberculose pulmonar em periodo muito ativo tem pouca tendencia para as metastases.

Apesar do muito que se tem feito, não existe na atualidade, dado algum, de qualquer ordem, que nos permita afirmar a etiologia fimica de um processo intraocular determinado.

“As localizações tuberculosas no aparelho da visão, não presumem, como a meude se considera, a existencia de outras lesões tuberculosas visceraes, se não, pelo contrario, porque existe um antagonismo clinico tão evidente entre a localização tuberculosa do olho e a pulmonar, quasi se poderia afirmar que toda a oftalmopatia, desenvolvida n’um organismo portador de tizica, não deve ser de natureza tuberculosa.”

Pelo contrario, os doentes portadores desta entidade morbida, são muitas vezes, de apparencia robusta, alimentam-se bem, e não se queixam, de padecimentos geraes que nos induzam a admitir aquella etiologia. Isto constitue mesmo um dos motivos porque não aceitem o diagnostico ou põem dificuldades, o doente e seu respetivo clinico, em admitir aquella possibilidade, deixando de fazer os exames complementares pedidos.

Ao primeiro contato com o oculista, este tem impressão de haver naquêle organismo que se expõe ao seu exame, apenas uma enfermidade ocular.

Si o doente vae ao exame geral, o que se encontra, depois de apurada analise, é muito pouco, e tanto é assim que, não raro, o clinico nos manda desorientadoras informações, pois foram encontradas calcificações dos ganglios hilares, às vezes referencias a convivio contagiante remoto etc. tudo muito vago e tão impreciso que o permite concluir pela boa saude do seu enfermo.

*
* *

Para se afirmar que a natureza da doença é tuberculosa, tem-se procurado lançar mão de todos os elementos semioticos, desde os baseados na objetividade do exame clinico, fisico ou funcional, até o esmiuçar do estado humoral.

Entre os primeiros, valoriza-se, sobretudo, o exame do aparelho respiratorio, com atenção especial para a região hilar, completado por minuciosa inspeção aos raios X.

Nos enfermos que ora nos interessam quasi nunca se encontram lesões toracicas evolutivas e graves. Os ganglios hilares hipertrofiados e calcificados, sinaes de peribronquite, tramites localizadas, etc.

Sequelas de tuberculose ossea, cutanea, cirurgica, quando existentes servirão para reforçar o valor da suspeita etiologica.

As provas humoraes não têm o valor de reações indiscutíveis, porquanto não caracterizam, de maneira precisa, a natureza do mal ocular. Referem-se, sobretudo, ao estado geral, demonstrando que o organismo se acha tuberculinizado ou em estado de alergia mais ou menos desenvolvida. Ora, se consideramos o fato, hoje perfeitamente assentado, de tuberculização latente, percentualmente elevadas, dos indivíduos tidos como sãos, verificaremos, que o valor desta prova decresce ainda mais, sem contarmos com a possibilidade logica de haver alergia cutanea á tuberculina, em doentes sifilíticos e portadores de bruceloses, septicemias, etc.

Foram feitos estudos, sucessivamente, a respeito das reações de fixação, sero-floculação á resorcina de Vernes, indice opsonico, velocidade de sedimentação, R. de Massol, de Holanda, indice de Velez, alem das provas de tuberculina entre as quais se avantajam a de Von Pirquet, a de Mantoux, a transcutanea, a reação Homeotopica de Weiss, a R. á Tebeprotina, a oftalmoreação de Calmette, etc. De ha muito foi posta de lado a R. de Calmette pelos perigos a que expõem o olho utilizado no exame.

O estudo da fragilidade capilar, em tuberculose visceral ou ocular, traz apenas um elemento a mais, por certo valioso, para reconstituir a interpretação da patogenia das lesões observadas.

Von Lint diz que a **fragilidade capilar** se acha aumentada em 90% dos casos de tuberculose pulmonar, sendo esta incidencia semelhante á observada na purpura, na ictericia, em certas afeções hepaticas, etc.

Sob o ponto de vista pratico nenhum resultado colhemos nesse estudo, quando ha 8 anos, a pesquisamos, com Silva Melo, em casos de coroidites cicatrizadas. Tivemos a impressão de que a fragilidade capilar, e a sua consequente permeabilidade, são fenomenos contemporaneos de uma serie de alterações processadas no organismo, por disturbios humoraes, indispensaveis para que as lesões se constituam, vencendo as imunidades e defesas naturaes dos tecidos locais.

Mais amplos horizontes se abrem quando dirigimos nossas investigações para o lado das indagações hematologicas, no estudo dos componentes do sangue, feito paralelamente ás demais pesquisas etiologicas. Infelizmente as reações especificas só aparecem nas grandes alterações inflamatórias.

A tuberculose ocular fechada, unica que ora nos interessa, não condiciona alterações importantes na composição do sangue, sobre tudo quando coexistem outras causas passíveis de produzi-las. Com as infeções focaes, as seticemias, a lues, etc., as doenças que se associam ao processo tuberculoso suspeitado, sendo mais agudas ou extensas, ou tendo qualquer caracteristica hematologica, mascaram as pequenas alterações, que o processo ocular possa despertar.

Ao que julgo, o seu estudo, dentro de boas normas, está ainda por ser feito.

Paralelamente pesquisou-se a bacilemia e fez-se a inoculação em cobaio sem resultados positivos. Então a conclusão a tirar-se destas provas é que estão longe de nos dar resultados com os quais possamos nos orientar, na indagação da natureza destas oftalmopatias obscuras.

Provas decisivas seriam as baseadas nos estudos das lesões, diretamente, á luz da histopatologia, e é exatamente este o elemento precioso sobre o qual se apoia tudo o que se realiza de pratico nesta direção.

Não serve porem para o "diagnostico util", isto é, o conhecimento do processo com a conservação do órgão, motivo porque só poderá ser utilizado nos casos em que a tuberculose se desenvolve em anexos acessíveis á biopsia. As interessantes lesões localizadas nas membranas profundas não podem receber igual contingente de beneficios. Mas indiretamente nos aproveitamos dos elementos fornecidos pela histopatologia afim de, baseados no estudo anatomo-clinico das doenças humanas, verificarmos a que lesões correspondem os disturbios funcionais apreciados, durante a vida do órgão. Assim, em observação bem cuidada, com registro de todos os fatos diarios, apreciando mutações locais condicionadas pela evolução da doença e analise de todos os exames complementares necessarios, podemos, ao sacrificar o olho atrofico, no fim de certas lesões graves, reconstituir todas as modificações estruturales que se processaram no curso da evolução da doença obscura ou suspeita de tuberculosa.

Resta-nos apreciar o grande problema que se abre aos nossos olhos, no que diz respeito ao valor das provas tuberculinicas. Por serem mais faceis, mais simples são as preferidas por todos os praticos para avaliação da alergização do enfermo examinado.

Discute-se o valor destas provas não só por ser habitualmente muito generalizada a infeção tuberculosa entre os homens, como tambem pelo fato de julgarem os autores, que o estimulo antigenico de um foco tuberculoso, localizado no olho, é insufficiente para influenciar, em grao apreciavel, a reação cutanea á tuberculina. Há enfermos portadores de T. O., nos quais se observa baixo grao de sensibilização tuberculínica. E muitos outros ainda, em que não só a sensibilidade é baixa como tambem as indicações clinicas são insufficientes. No entretanto, ser-nos-á permitido concluir que, quando uma lesão ocular suspeita coincide com uma sensibilidade cutanea positiva em alto grao, a sua natureza deve ser admitida como tuberculosa.

Pelo contrario, a hipo-sensibilidade ou a insensibilidade cutaneas, por si sós, não bastam para afastar a hipotese de ser tuberculoso o processo ocular considerado. Destas conclusões resulta que o diagnostico procurado tem de ser feito levantando-se em consideração não um fato isolado, no complexo semiotico desta entidade morbida, mas o conjunto dos meios que a ciencia põe ao alcance da pratica medica.

Deixando de parte as doenças taes como uveites, queratites, lesões ulcerosas das palpebras, etc., que podem ser tidas como seguramente tuberculosas e outras que mesmo em certos casos permitem

a comprovação histopatologica, temos em oftalmologia, grande numero de entidades cuja natureza deve ser considerada como evoluendo em doentes hipersensíveis á tuberculina ou que apresentam alterações radiologicas e clinicas passíveis de uma caracterização fínica.

Entre elas avultam, pela importancia clinica, a flitenulose conjuntival, limbica ou corneana; a conjuntivite de Parinaud; a hemorragia recidivante de vitreo; a periflebite retiniana; as hialites torpidas, espontaneas, post-traumaticas ou que se seguem ás operações intra-oculares; a queratite bullhosa, sem hipertensão, complicando as uveites, torpidas, tambem de natureza tuberculosa; a oftalmia simpatica; o lupus eritematoso das palpebras; a doença de Mikulicz; a uveo-parotidite de Heerfordt; o sarcoide de Boeck.

Não parece haver mais duvidas a respeito do fato no que diz respeito á flitenulose. A concomitancia das alterações geraes, a hiperalergia tuberculínica, a comprovação radiologica, a ausencia de outras causas evidentes e a pedra de toque do tratamento geral, tudo isso mostra á saciedade que até mesmo podemos ter as eflorescencias referidas como oftalmo-reações positivas, espontaneas. Estudando, em 1933, este assunto, fizemos em cerca de 30 crianças no Hospital S. João Batista da Lagoa, com Calazans Luz, as investigações seguinte, alem do exame oftalmologico:

- a) — R. de Pirquet
- b) — R. de Wassermann no soro sanguineo
- c) — Ex. clinico geral, sobretudo do aparelho respiratorio
- d) — Ex. do nariz e garganta
- e) — Ex. Radiologico dos campos pulmonares.

Vizavamos verificar a influencia de determinado remedio, tido como especifico, na evolução da referida enfermidade. Não podemos chegar a conclusões uteis a respeito da eficacia do remedio, mas desta apreciação nos ficou a lição confirmativa das descrições classicas, pois notamos que:

- b) — R. de Von Pirquet, sempre positiva
- c) — O ex. clinico revelou tratar-se de crianças distroficas, filhas de paes tuberculosos ou vivendo em meio contagiante.
- b) — Não eram portadores de infecções focaes, e a rinite catarral, quasi constante, devia correr por conta da irritação produzida pelo lacrimejamento, existente em todos eles.
- e) — O ex. radiologico demonstrou a presença de adenopatia traqueobronquica, em todos os enfermos, tendo alguns, sinais de peribronquite e, em um caso apenas, lesão cavitaria, apical, em evolução.

Se nos exames histológicos destas eflorescências só se encontram reações linfocitares inespecíficas, o **habito escrofuloso**, os elementos de ordem clínica, os achados radiológicos, etc., impõem que tenhamos, como de natureza tuberculosa, as reações flitenuares conjuntivo-corneanos.

A nossa experiência confirma que a tuberculinoterapia age favoravelmente, no que diz respeito á evolução das lesões, abreviando a fusão dos pequenos nodulos, diminuindo rapidamente os fenomenos subjetivos, curando os enfermos mais depressa, do que com qualquer outro tratamento conhecido.

* * *

A conjuntivite de Parinaud, tão conhecida de todos nós, é uma das manifestações obscuras deste mesmo processo geral. Ninguém pode até hoje firmar, em definitivo, a sua natureza, nem fixar as suas origens. Chegou-se até á pensar fosse ela uma das multiplas localizações da doença de Nicolas — Favre — A componente histologica, dando relevo á reação linfocitaria, contribue, ainda mais, para a confusão reinante.

Mas, mesmo assim, o que se verifica no estado geral de taes enfermos, não é o vestigio constante, desta ou de outras manifestações venereas, senão, e com um comparecimento impressionante, um cortejo de fatos tendentes a demonstrar que, no doente, na sua familia, no seu ambiente, ha sempre elementos destacados com os quaes poderemos tecer a nosso hipotese sobre a natureza tuberculoza das reações conjuntivo-ganglionares apreciadas. Nos casos que tivemos oportunidade de ver, encontramos sempre estes vestigios, sem que, no entretanto, nos fosse dada a oportunidade de encontrar elementos insofismaveis com os quaes pudessemos fazer impôr o nosso diagnostico, quanto á natureza do processo morbido.

* * *

Como sabeis, muitas são as causas capazes de produzir as chamadas hemorragias recidivantes no vitreo, salientando-se, entre elas, pela importancia e frequencia, as da periflebite retiniana tuberculoza, da trombo-angeite obliterante de Marchesani, das afeções hepaticas, de certas alterações hemorragicas, das enfermidades endocrinas, etc. Em todos estes enfermos o que fere particularmente a nossa atenção é o fato de haver, neles, estado geral aparentemente bom.

Não sabemos se a fragilidade vascular, nestes casos, decorre de alterações geraes exclusivamente, ou se resulta da ação direta dos germens e toxinas sobre as suas paredes. **Gilbert** demonstrou a pre-

sença do bacilo de Koch nas paredes das veias r tinianas, atingidas de periflebite, mas nada sabemos acerca da constancia deste elemento de prova.

Esta **epistaxis** ou **hemoptise** do v treo (Terson) pelo seu carater recidivante, pela historia pregressa do paciente e seus antecedentes familiares, pelos achados clinicos e radiologicos, ao lado de altera es humoraes constantes, por tudo isso, nos leva a acreditar na origem tuberculosa do processo hemorragiparo. A natureza, por si s , poder  agir no sentido de corrigir estes estados, logo que se harmonizem as fases criticas da vida, como adolescencia, menopausa, ou se corrijam as taras endocrinas e humoraes. Mas, o tratamento especifico, pela tuberculina, ajuda a evolu o para a cura, como para comprovar as rela es existentes entre o quadro clinico obscuro e a natureza tuberculosa suspeitada.

* * *

No que diz respeito  s uveites torpidas, a natureza tuberculosa do processo   muito frequente. O seu quadro clinico variavel, complicado de hipertens o ou tendendo francamente para a distrofia hipotonizante, com desagrega o das estruturas intra-oculares, s  poder  ser identificado com minucioso estudo do estado geral e com a pesquisa insistente das outras causas. Olhos lacrimejantes, hiperemiados, com as corneas turvas, de revestimento atingido por progressiva distrofia epitelial, forma es de bolhas e de ulcera es cronicas; com a camara anterior quasi sempre profunda, mal se podendo ver a iris, aderente ao cristalino pelas bordas pupilares; com o cristalino embaçado pelo contato anterior e posterior com os meios turvos que o envolvem; com o fundo do olho iniluminavel, ou apenas deixando ver o reflexo vermelho do campo pupilar,   oftalmoscopia; com os disturbios oftalmotonicos, para mais ou para menos; com a cegueira e as altera es profundas que, em seguida se instalam nos meios e membranas oculares, culminando com atrofia bulbar; com as cataratas uveaes, as metaplasias, etc., tudo isso   visto nos casos comuns. Essa resistencia ao tratamento; e a dificuldade de identifica o etiologica, depois de todos os exames complementares, ao lado dos pequenos sinais de infe o tuberculosa antiga, n o evolutiva, silenciosa — eis tudo quanto nos leva a pensar na sua carateriza o tuberculosa.

Von Grolman, em sua passagem recente pelo Brasil, teve ocasi o de nos referir, verbalmente, um fato curioso que j  havia chamado a nossa aten o e, certamente, tambem, a dos oculistas presentes. Referiu-se  s interven es intra-oculares complicadas, na sequencia cirurgica, de rea es uveaes, torpidas, com turva es do aquoso e altera o do v treo, (hialites torpidas), sempre que realizadas em individuos portadores alergias tuberculosa ou destas formas indefinidas da bacilose. E, ainda mais, manifestou o seu empenho em salientar

o fato de taes doentes se beneficiarem, de modo evidente, com o tratamento pela tuberculina, concluindo mesmo pela necessidade de se fazer entrar na rotina dos exames preparatorios, uma prova de tuberculina, tipo Mantoux ou Von Pirquet.

Em um de nossos casos em que o processo uveal post-operatorio se instalou e se prolongou por mezes, a despeito de todos os tratamentos ensaiados, incluindo-se nisso a extração de todos os dentes, a conselho de outro colega, o paciente acabou por se convencer de nossas razões e fez uma reação de Mantoux, com uma solução de 1 por 10.000. A reação geral, local e focal, foi tão violenta, que, 24 horas depois, com surpresa acabruñhadora, encontramos o doente com um hipopio quasi total, hipertensão e apenas, percepção luminosa, ele que apenas tinha, antes, um processo benigno, compativel com a visão de 1/10 e turvação do aquoso só evidenciavel ao biomicroscopio.

A continuação da tuberculinoterapia, com dozes iniciaes quasi homeopaticas, levou este doente á cura em poucos dias, restando da catastrofe, apenas, uma membrana pupilar formada pelos exudatos organizados e que, extraida, permitiu ao doente acuidade visual igual a 1/2. Neste doente, todos os exames clinicos, todas as provas humoraes excepto o Mantoux, exame radiologico, tudo foi negativo e, no entretanto, estou convencido de que se tratava de uma das multipas manifestações da tuberculoze ocular.

Num menino de 7 anos, em 1939, apreciámos a faze final de um tuberculoma irido-ciliar, que nos levou a indicar, e realizar a enucleação. Estudámos o caso sobre o ponto de vista histopatologico. O diagnostico estava certo. Como vêdes no córte que vos mostro em projeção, as lesões são tão carateristicas que o caso não deve ser incluido entre as taes formas obscuras de tuberculose do olho. Se vol-o apresento é, apenas, para frizar que, nesta creança, portadora de Wasserman negativo no soro sanguineo; de adenopatia traqueo-bronquica discretissima aos Raios X; de otima aparencia geral, tendo apenas um Mantoux positivo, as lesões irido-ciliares eram tuberculosas — Não foi, aliás, pelo Mantoux que firmámos o nosso diagnostico, se não pelo aspeto do olho, pelas granulações miliares esparsas sobre a iris, pela ausencia de outras causas provaveis e tambem porque não nos repugnava admitir como tuberculoza uma afeção ocular que evolvia num organismo aparentemente são.

* * *

A oftalmia simpatica constitue entidade morbida das mais interessantes e discutidas em nossa especialidade. Muitos autores chegam mesmo a negar a sua xeistencia. O muito que temos visto em materia de traumatismos, accidentaes ou operatorios, nos permite acreditar que o olho simpatisado apenas fixará, em seus tecidos uma infe-

ção geral, circulante, hemospórica, ou alergenios sucetíveis de provocar o aparecimento de manifestações idênticas, em órgãos constituídos de tecidos semelhantes.

Ha casos tão característicos de oftalmia simpática que impossível seria negar a sua individualidade clínica, ligada às descrições clássicas.

No entanto, outras ha, em que toda a evolução é obscura, culminando com a identificação tuberculosa do processo desenvolvido no olho simpatizado.

Agora mesmo temos em tratamento, no ambulatório de nossa clínica, um caso particularmente interessante neste sentido.

Doente jovem, portador de uveíte grave no O. E., desde 1938, piorou progressivamente, apesar dos tratamentos feitos. Em 1941, começando a sentir sinais de irritação ciliar no O. D. sofreu a enucleação do O. E., com fins profiláticos.

A despeito disso, desenvolveu-se uveíte anterior, de aspecto grave, no OD., com manifestações agudas, periódicas, que cediam à proteínoterapia.

Trata-se de um homem forte, bem constituído, negando passado ou convívio tuberculoso, e referindo, apenas, ter prostatite, em tratamento com urologista competente.

Foi feita a prova de Mantoux com resultado exorbitante, sobretudo no que diz respeito à reação focal, onde podemos observar que- mosis, intensificação da hiperemia ciliar e hipopio. Estes sinais desapareceram com a proteínoterapia, voltando, porém, a se manifestar, várias vezes em seguida.

Recorremos, por isso, à sulfanilamida, com ótimo resultado, pois não só a reação ciliar desapareceu, como também os meios intra-oculares se tornaram lípidos permitindo que o doente readquirisse boa visão.

As condições sendo favoráveis tentamos a dissensibilização pela vacina B. K., (tuberculina) em dose insignificante, 1/40 de c.c. Mesmo assim, a reação focal foi violenta e o paciente se acha, hoje, com os seus padecimentos agravados.

Como vedes, o processo inflamatório, desenvolvido no olho enucleado, se reproduziu no olho restante, com as mesmas características e uma gravidade semelhante. Só nos falta para a oftalmia simpática a componente traumática e, no entanto, a uveíte tuberculino-sensível persiste pertinaz, apesar da excelente saúde geral do paciente e da enucleação profilática.

* * *

Sob a denominação de SARCOIDE DE BOECK ou **Doença de Besnier-Beck-Schaumann** descreve-se uma entidade morbida, conhecida ha meio século. De acordo com a descrição original de Bernier,

em 1892, as lesões nodulares se espalham irregularmente pelo rosto, na região malar, dorso do nariz, dorso das mãos, de cor vermelho violacea, com varicosidade muito superficiais, acessíveis á inspeção simples.

Boeck descreveu estas mesmas lesões com o nome de sarcoide subdermico, caracterizado pela presença dos componentes do folículo tuberculoso.

Schaumann foi mais além, estudando estas lesões em suas relações com o estado geral e concluindo pela generalização do processo a ganglios, ossos e víceras, como nas doenças sistemicas. Era a **linfogranulomatose benigna**.

Pautrier, em trabalho clinico bem esclarecido, procura demonstrar a semelhança existente entre o sarcoide de **Boeck** e a febre uveo-parotidiana de **Heerfordt**, esta tão conhecida por todos os oculistas, pelo menos sob o ponto de vista teorico. E, ainda mais, demonstra, á luz dos fatos clinicos, como estas duas entidades tem a mesma origem tuberculosa.

A fixação do processo morbido em tecidos determinados, em órgãos de funções semelhantes, enfim, os seus atributos de doença sistematica, levam-nos, ainda, a procurar juntar, etio-patogenicamente, estas duas entidades nosologicas, á doença de **Mikulicz** ou, pelo menos, á síndrome de **Mikulicz** de origem tuberculosa.

Como vimos, ha em todas estas manifestações uma especie de fator comum, ligando aspetos que só se diferenciam na apparencia, mas que se identificam no que têm de essencial.

Para justificar as analogias encontradas nos casos de doença de **Boeck** e nos da de **Heerfordt**, **Pautrier** cita casos que são absolutamente demonstrativos, no que diz respeito á possibilidade da ampliação do processo, além do quadro clinico magistralmente definido nos trabalhos classicos.

Encontrou, por exemplo, num doente de **Lesné**, além das manifestações sarcoidianas comuns, "**diabete insipida, com lesões histologicas carateristicas da reticulo-endoteliase, ao nivel da hipofise**". Num outro doente poudo fazer o diagnostico da doença de **Boeck**, apesar de predominarem, no quadro morbido, as alterações pulmonares e ganglionares. No doente de **Reis e Rothfeld**, ao lado da doença de **Boeck** havia estase papilar dupla, que foi seguida de atrofia dos nervos óticos. Numa doente de 17 anos, falecida um ano depois, no curso de uma crise epiletica, a **autopsia** revelou infiltração de celulas epitelioides nos nervos óticos, nos pedunculos cerebraes e no lobo temporal esquerdo. Havia folículos bem delimitados no nervo ótico, celulas gigantes, sem necrose e sem caseificação. Ao nivel da papila esquerda havia um nodulo com esta mesma estrutura. As localizações mais comuns das lesões são: pele, ganglios diversos (dando a imagem

de granulia fria de Burnand e Saye) pulmão (tramite), ossos (pseudospina ventosa), glandulas lacrimaes, salivares, testiculos, baço, hipofise, nariz, amidalas, olhos palpebras, etc.

Lesões histologicas constantes, em tudo semelhante ás da tuberculose, mas onde rareiam as celulas gigantes, os bacilos, a caseificação, a necrose. Tem bom prognostico **quoad vitam**, podendo as lesões retroceder espontaneamente ou sob a influencia pelo tratamento pela tuberculina.

Leefelder, encontrou nos casos de doença de **Boeck** que examinou, 10% de irido-ciclites, como nos casos da doença de **Heerfordt**.

Tivemos oportunidade de apreciar um caso que evolve, aos nossos olhos, ha 4 anos. Senhora de 45 anos, mestiça, ao consultar-nos em Outubro de 1938, referia haver perdido subitamente a visão do O. E., queixando-se, desde aquele dia, de dores orbitarias profundas, descontinuas e de obnubilações transitorias da visão do O. D., cuja acuidade era, então, e se mantem até hoje, igual a 1/2.

Nada encontramos no fundo do olho, no exame perimetrico do O. D. e nos demais exames a que a submetemos, que justificasse aquela verdadeira amaurose.

Ainda, no primeiro exame a paciente referiu a existencia, na espessura das palpebras de A. O., de nodulos do tamanho de um grão de feijão, sem relação com a pele, que deslisava sobre eles, sendo que um deles, localizado no angulo externo, era muito endurecido e fortemente aderente à reborda orbitaria, com a qual fazia corpo. Ao nivel da região frontal, da aza do nariz e da região malar D., havi pequenos nodulos, arredondados, por debaixo de cujo revestimento cutaneo se via a distribuição varicosa dos vasos locais.

Pelo corpo tambem o clinico encontrou lesões semelhantes a petequias, mas que, á lampada de fenda, verificámos serem varicosidades venosas, circunscritas. Tendo conseguido retirar material dos nodulos subcutaneos e de um dos pequenos tumores na região malar, tivemos a oportunidade de, com surpresa, verificar que a estrutura dos nodulos palpebraes era semelhante a dos foliculos tuberculosos, como podeis ver nas micro-fotografias que ora vos apresento. Este nodulo da região malar tem apenas reação inespecifica, linfocito-plasmocitaria.

Levada a dermatologista de renome, apesar de ter o relatório histopatológico, não pudemos obter um diagnóstico preciso. Varios oculistas a viram. Um deles, como fossem achados alguns bacilos acidolcool resistente pensou em lepra. A R. de Mantoux se houve positiva, forte.

Iniciado o tratamento pela tuberculina, feito por um tisiologo, verificamos que, no fim de um mez, fundiram-se todos os nodulos subcutaneos, persistindo, apenas, os pequenos tumores vascularizados, durante todo o curso do tratamento, até hoje. Não havia decorrido ain-

da um ano quando se instalou glaucoma bilateral, sem os caracteres da forma aguda. Operámos A. O., sem acidente de qualquer especie. As escleretomias se mantiveram abertas nos primeiros dias fechando-se em seguida, sem que até hoje a hipertensão voltasse a se manifestar.

A acuidade visual do O. D. se mantém inalterada. A do O. E. é nula, sem percepção luminosa. Todos os exames clinicos possiveis foram feitos nesta enferma, pelos melhores profissionaes do Rio. Varios tratamentos foram ensaiados, inclusive a radioterapia profunda, sem que houvesse algum deles conseguido levar a paciente alem do muito que foi conseguido com a tuberculina. Tem obnubilações visuaes, cefaléa, vertigens, angustia, crise de taquicardia e é por causa destes fenómenos que se trata.

Tenho para mim que é um caso autentico de doença de Besnier-Boeck-Schaumann, e a sua natureza tuberculoza não poderá ser contestada diante do acervo de fatos que enriqueceu a sua observação.

Tudo nos diz, neste caso, que se trata de uma forma de tuberculose, e que as lesões são de um sistema e não se acham limitadas ao aparelho da visão. Mas, porque taes lesões regridiram, como por encanto, sob a influencia da tuberculina, enquanto taes outras, escaparam a esta subordinação terapeutica?

Meus senhores — Não irei mais longe na enumeração e apreciação de tão interessantes fatos, para cujo esclarecimento eu me acuso de não haver contribuido. Contudo, sentir-me-ei sinceramente feliz se tiver feito despertar em vosso espirito, pelo menos, o interesse na verificação das razões em que me inspirei para vos ditar a sumula de tão obscuros problemas.

PALESTRA INAUGURAL DO CURSO DE HIGIENE OCULAR

HERMINIO DE BRITO CONDE — Rio de Janeiro.

Secretário Geral da Liga Nacional de Prevenção da Cegueira.

No prosseguimento do plano de iniciativas tendentes á melhoria das condições sanitárias da população, fez incluir a Secretaria Geral de Saúde e Assistência, sob a direção esclarecida do Dr. Jesuino de Albuquerque, um conjunto seriado de palestras relativas á higiene ocular.

A escolha de uma especialista estranho ao quadro das atividades sanitárias locais enseja a livre apreciação dos resultados obtidos na administração do Prefeito Henrique Dodsworth, por intermédio dos