

Queratite nodular sifilítica

PROF. P. C. PIMENTEL e DR. HENRI CURI.

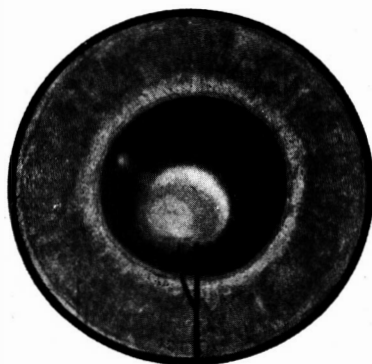
Da Cátedra da Clínica Oftalmológica da Faculdade Fluminense de Medicina — Estado do Rio.

Sob êsse nome descreveremos um caso que se apresentou ao serviço de Clínica Oftalmológica da Policlínica da Faculdade Fluminense de Medicina, para tratamento, deixando para o fim desta comunicação os comentários que o caso comporta relativamente aos varios nomes que têm sido dados ao que nos parece ser a mesma entidade mórbida.

Observação:

M. P., do sexo feminino, de cor branca, brasileira, solteira, com 13 anos de idade. Ficha n.º 7922, de 27-4-940.

Há 4 meses, começou a sentir dor no O. D., acompanhada de fotofobia, epífora e baixa de visão. Reação de Wassermann feita nessa ocasião foi fortemente postiva (++++). De um mês para cá, tomou irregularmente injeções de bismuto, de dose desconhecida, no total de 4 injeções até esta data.



Ao exame objetivo, notava-se intensa injeção periquerática. No centro da cornea notava-se um nódulo situado em pleno tecido proprio. Esse nódulo tomava quasi toda a espessura da cornea, que na parte que o recobria se apresentava deprimida, mas com o epteliio intacto. De um roseo sujo, limites bastante nítidos, achava-se o nódulo cercado por uma zona de infiltração branco-acinzentada mais densa no quadrante súpero-interno. Penetrando profundamente na cornea pela sua parte inferior, via-se um vaso que se bifurcava antes de chegar ao nódulo, pequeno e acinzentado. A iris apresentava ligeira reação inflamatória difusa.

O exame dessa substancia em ultra-microscopio não revelou a presença de treponemas. Dois esfregaços corados pelo método de **GIEMSA** revelaram apenas detritos de tecido fibroso, raríssimos neutrófilos e 2 monocitos. Ausencia de germes.

Prescrevemos o uso local de um colirio graxo de atropina. Para tratamento geral, indicamos injeções, em dias alternados, de uma solução oleosa de iodo-bismutio de sodio na dose de 0,025 mlgrs. por ampola, que só começaram a ser aplicadas no dia 2 de maio.

No dia 7 desse mesmo mês, tendo já tomado 3 injeções, voltou a doente ao serviço com o epitelio corneano já reformado e sem injeção periquerática. A zona de infiltração perinodular desaparecera, o vaso da cornea estava parcialmente esclerosado e o nódulo pequeno completamente cicatrizado.

No dia 27 do mesmo mês, após 12 injeções, todo o processo estava cicatrizado. Um espesso leucoma substituiu o nódulo maior e o vaso da cornea achava-se completamente esclerosado. O exame do fundo do olho, feito nessa ocasião, nada revelou de anormal.

Tornamos a examinar a doente no dia 15 de junho, não diferindo do último exame o aspeto da cornea. Indicamos uma iridectomia ótica, que não chegou a ser feita, por não ter a doente voltado ao serviço.

Varios autores teem descrito processos inflamatórios da cornea, de aspecto nodular, tendo como causa provavel a sífilis, dando cada um deles um nome à entidade mórbida descrita, nome esse que, via de regra, se applicava especialmente ao estado da afecção, no momento em que era vista. Feita dessa forma, a nomenclatura é forçosamente falha, pois não poderá designar qualquer estado da mesma afecção, aparecendo em consequencia uma grande variedade de nomes, não definindo nenhum deles a entidade mórbida em questão.

A afecção, cuja observação relatamos acima, já tem sido designada por varios modos, que não nos satisfizeram inteiramente.

Assim, é provavel que a “úlceras interna da cornea” (**BIETTI, VON HIPPEL**) e a “úlceras corneana posterior” (**KLEIN**) fossem nódulos inflamatórios que se romperam para a câmara anterior onde derramaram o seu conteúdo. O estado de úlcera posterior, nesses casos, nada mais foi que um acidente da evolução do nódulo e não uma entidade mórbida definida.

REIS, descrevendo uma inflamação nodular da cornea, chamou-a de “infiltração profunda central da cornea”, o que não designava a forma da infiltração e especificava a localização central, que não é absolutamente constante nessa afecção.

BRYNS deu-lhe o nome de “abcesso corneano sifilítico metastático agudo”, que pode definir bem alguns casos, mas que não pode ser applicado a todos os já descritos.

FUCHS descreve essa afecção sob o nome de “queratite pustuliforme profunda”, nome pelo qual é mais conhecida, mas que não indica, precisamente, nem a natureza da inflamação nem sua causa.

O nome de “goma da cornea”, adotado por MAGNI, em 1861 e, posteriormente, por varios autores, define bem a maioria dos casos, si bem que a origem sífilítica não tenha sido comprovada em todos eles. Além disso, alguns autores creem que a manifestação corneana seja secundaria à irite que quasi constantemente a acompanha. No caso que relatamos, porem, a iris apresentava apenas ligeira infiltração, muito provavelmente secundaria à queratite, e o rápido resultado do tratamento anti-sifilítico parece demonstrar que se tratava realmente de um caso de “goma da cornea”. E’ possível, entretanto, que em alguns casos a irite seja a manifestação primaria e que o nódulo inflamatorio não seja produzido diretamente pelo treponema.

Por todas essas razões, e por não ter sido encontrado o treponema no material que enviamos para exame, preferimos descrever o nosso caso como “queratite nodular”, nome esse que seria applicavel a todos os casos descritos e que indicaria o aspeto anátomo-patológico da lesão, não tendo, naturalmente, a menor relação com a “queratite nodular” de GROENOUW, na qual não existem nódulos inflamatorios. Quanto à indicação etiológica, deveria ser acrescentada sempre que pudesse ser constatada, como o foi em nossa doente.

Cremos, assim, ter justificado o título de “queratite nodular sífilítica” dado ao nosso trabalho.

Prevenção da cegueira no Brasil; métodos e fins (*).

HERMINIO DE BRITO CONDE — Rio de Janeiro.

Secretario-Geral da Liga Nacional de Prevenção da Cegueira.

Dado o tempo regulamentar das palestras, não nos será possível si não uma vista panorâmica do assunto, pontilhada de exemplos da nossa realidade.

A prevenção da cegueira racionalmente “orientada” é fruto dos nossos tempos. Devemo-la, nos seus primordios, à iniciativa da Sociedade inglesa de Prevenção da Cegueira (London Society for the Prevention of Blindness). Filantropos londrinos, intrigados com a responsabilidade que se principiava a atribuir ao industrialismo moderno de agravar ou produzir, mesmo, estados patológicos oculares, propiciaram ao mundo, com a instituição de um premio internacional, há meio século, o roteiro de todas as campanhas de oftalmologia social traçado na

(1) Conferencia pronunciada ao microfone da Liga Nacional da Prevenção da Cegueira, Rio de Janeiro, no dia 2 de agosto de 1940.